

CASSICaixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

Nº 83997847

1 - Registro ANS ANS-nº34665-9	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8 3 9 9 7 8 4 7	
4 - Data de Autorização ____/____/____	5 - Senha ____	6 - Data de Validade da Senha ____/____/____
Dados do beneficiário		
7 - Número da Carteira ____	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
CARLOS RONDON PINTO DOS SANTOS		11 - Cartão Nacional de Saúde ____

Dados do contratado solicitante			
12 - Código na Operadora 0 4 7 6 2 3 0 1 0 0 1 0 3	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA.		
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 194751PRF
		17 - Código CBO ____	

Dados do hospital / Local solicitado / Dados da internação						
19 - Código na Operadora/CNPJ ____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ____				21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento ____	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	

28 - Indicação Clínica E 2 1 2 LESAO DO MANGUITO ROTADOR esq NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		
---	--	--

29 - CID10 Principal (Opcional) ____	30 - CID10 (2) (Opcional) ____	31 - CID10 (3) (Opcional) ____	32 - CID10 (4) (Opcional) ____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____
---	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

Procedimentos ou itens assistenciais solicitados				37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição			
01 -	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1	1
02 -	30735033	ACROMIOPLASTIA		1	1
03 -	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1	1
04 -	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1	1
05 -		ANCORA jiggerknot C/2 FIOS		3	3
06 -		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2	2
07 -		RADIOFREQUENCIA monopolar		1	1
08 -		EQUIPO 4 viaS		1	1
09 -		CANULA ARTROSCOPICA		1	1

Dados da autorização			
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar ____/____/____	40 - Qtde. Diárias Autorizadas TAXA DE VIDEO	41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado ____	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ____		44 - Código CNES ____
45 - Observação / Justificativa ____			
46 - Data de Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Daniel F. Ferreira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 9938	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ____

CENTRAL CASSI 0800 729 0000

Atende também telefonicamente e online
www.cassi.com.br