



Caixa 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 da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do beneficiário			
7 - Número da Carteira 03000 74150600084		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome Conrado Mapei Neto		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 CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA Santa Casa	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho		17 - UF	
18 - 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 por no fúndil expandido - Anomalias radiológicas de artrose			
29 - CID10 Principal (Opcional) M16.9		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			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic
01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12-	3072405-8	artroplastia do fúndil (E) prótese femoral não cimentada linhas em polietileno cross link prótese femoral não cimentada cobertura em cerâmica porosidade autolubrificante kit de lavagem gulsotil	
Dados da autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
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 da Solicitação			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaka			
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			