

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

1 - Registro ANS ANS nº 34665-9	3 - Data de Autorização ____/____/____	4 - Senha _____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da ____/____/____
------------------------------------	---	--------------------	--	--

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira ADEMIR ANTONIO MAZER	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome ADEMIR ANTONIO MAZER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	14 - Cód. de ON ____
15 - Conselho Profissional Solicitante CRM	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 19475 PR
18 - UF PR		19 - Cód. de CB ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirurgia <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2

E
LESAO DO MANGUITO ROTADOR esq NECESSITANDO REPARO
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA
ARTROPLASTIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Relatado pelo Paciente ____ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Motivo da Internação <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal ____	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____	33 - CID 10 (4) ____

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Autoriz.
1	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	1	1
2	30735033	ACROMIOPLASTIA	1	1
3	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1	1

CPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do CPM	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1	____	1
2	____	ANCORA jigger knot C/2 FIOS	1	____	8
3	____	RONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	1	____	2
4	____	RADIOFREQUENCIA monopolar	1	____	1
5	____	EQUIPO 4 vias	1	____	1
6	____	CANULA ARTROSCOPICA	1	____	1

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Prevêl de Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 1	47 - Valor Autorizado Autoriza 1
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código ____

51 - Observação ____	52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____ Dr. Daniel F. Vieira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ ____
-------------------------	---	---	--

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.