



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS-nº34665-9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização		5 - Senha		
6 - Data de Validade da Senha				
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome IZABEL BUEALICHI BALBOA		11 - Cartão Nacional de Saúde		
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILLO CANESIN DAL MOLIN		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho		17 - UF		
18 - Código CBO				
19 - Código na Operadora/CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSP DO COLADAS BLO SUCA		
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 Requero supracitado de ombro @				
29 - CID 10 (Principal)		30 - CID 10 (2)		
31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)		
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	38 - Qtde. Aut
01	30235068	Reparo de menisco	01	
02	30235033	Artroroscopia	01	
03	30235092	Tenotomia do bicep	01	
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
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		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Danilo Canesin Dal Molin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 24619

CENTRAL CASSI 0800 729 0080
Atende também deficiente auditivo
www.cassi.com.br

26 - Data da Solicitação	
27 - Assinatura do Profissional Solicitante	
28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	