

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

Arlando Henrique

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Guilherme José M. Piovesana
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 30165

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

Limpeza com gase + troca de gaze/filme e curativo a vácuo

29 - CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (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	38 - Qtde Aut
01	30726034			
02				
03				
04				
05		Instituto de fendas de polietileno com		
06		unhaes fixos		
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

Dr. Guilherme José M. Piovesana
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 30165

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: Arlando Hurreno

Nº. do cartão:

Médico Assistente: Alexandre O. QueirozCRM: 17905

2 - QUESTIONÁRIO

Doença atual do paciente: MTA + ISC + Osteomielite + Revisão Prótese total joelho direito + desbridamento + Curativo vacuo.Tempo e o tipo de tratamento que está sendo realizado no paciente: já realizou hiperbárica sem melhora, presença de fibrina grande quantidade em f.o e extremamente dolorida.

Motivo (s) da ausência de resposta adequada, no período de tratamento sem hiperbárica:

Laudo (se necessário) da arteriografia do membro afetado: (anexar)

Data do último tratamento com oxigenoterapia hiperbárica: ____/____/____

Tipo de procedimento operatório realizado:

Se paciente com em pós-radioterapia, a localização da lesão neoplásica:

3 - ESCALA DE GRAVIDADE (UNIVERSITY OF SÃO PAULO / USP SEVERITY SCORE)

* Favor assinalar os itens presentes no paciente conforme escala abaixo

ITENS	PONTOS		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos <input checked="" type="checkbox"/>
Tabagismo		Leve / moderado	Intenso
Diabetes		Sim	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipertensão Art. Sist.		Sim	
Queimadura		< 30% da superfície corporal	> 30% da superfície corporal
Osteomielite		Sim <input checked="" type="checkbox"/>	c/ exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção / Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada <input checked="" type="checkbox"/>
Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm <input checked="" type="checkbox"/>
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2 a 6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
Insuf. Arterial Aguda		Sim	
Insuf. Arterial Crônica			Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Lesão Aguda		Sim	
Lesão Crônica			Sim
FQ Alteração Linfática		Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada <input checked="" type="checkbox"/>
Dreno de Tórax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	
Períneo / Mama / Face			Sim
Total			<u>20</u>

CLASSIFICAÇÃO EM 4 GRUPOS (I a IV) PELA SOMATÓRIA DOS PONTOS:

G I < 10 pontos;
 G II 11 a 20 pontos;
 G III 21 a 30 pontos;
 G IV > 31 pontos.

Dr. Guilherme José M. Piovesana
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PR 30165

Médico Assistente
 Carimbo e Assinatura

Parecer da Unimed Londrina

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Nome Social Orlando Roberto		9 - Nome do Contratado P.O. Proteu total joelho direito + limpeza + Rinsada troque + colocação de Lipacador + Rinsão troque total joelho + ISC		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Guilherme José M. Pionessa Otopedia e Traumatologia CRM 30165	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número no Conselho		18 - UF	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		19 - Código CBO	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Hora Inicial		28 - Hora Final		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Tipo de Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acrec.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Unitário (R\$)		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT



1 - Registro ANS	343269	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	Armando Roberto	11 - Nome Social	
12 - Atendimento a RN			

13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	P.O. Proteus total joelho direito + limpeza + retirada bolhas + colocação de Exparador + Rinsão Proteus total joelho + ISC
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	Dr. Guilherme José M. Pionessa

21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	Remoção Smith Nephew 800ml
27 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	00A32403	28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	

31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Hora Inicial	

37 - Hora Final		38 - Hora Inicial	
39 - Hora Final		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO			

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa			

59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	