

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 91248523

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
4 - Data da Autorização 19/05/2023		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha							
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0005000054408710		8 - Validade da Carteira 19/05/2023		9 - Atendimento a RN N							
10 - Nome EROM IZAEEL HUMMEL		11 - Cartão Nacional de Saúde									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO									
14 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS RIBEIRO MENEGAZZO		15 - Conselho Profissional 6		16 - Número no Conselho 32298		17 - UF Pr		18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ 08.271.755/0001-32		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA		21 - Data sugerida para internação 02/06/2023							
22 - Caráter do atendimento 1		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1		26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico S	
28 - Indicação Clínica Paciente com osteossintese dos ossos da perna apresentando dor na região dos implantes, provavelmente por causa de Stress-shielding pelo implante. Plano: 1 - Retirada dos materiais de síntese Material: 1 - Caixa de retirada (arthrom ou cirrusil - checar no HCOR BELA) 2 - Curativo Pico7 - Cirurgia Curitiba - ABBA											
29 - CID 10 Principal T843		30 - CID 10 (2) 0		31 - CID 10 (3) 0		32 - CID 10 (4) 0		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos Solicitados											
34 - Tabela 22		35 - Código do Procedimento 30715270		36 - Descrição Retirada de material de síntese - tratamento				37 - Qtde. Solic 1		38 - Qtde. Aut 1	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
Dados da Autorização											
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 0		41 - Tipo da Acomodação Autorizada 0							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 0		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES 9999999							
45 - Observação / Justificativa											
46 - Data de Solicitação 19/05/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Vinicius Ribeiro Menegazzo Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 32298		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: EROMIZABEL HUMMEL

Nº. do cartão:

Médico Assistente: Vinicius Menegazzo

CRM: 32298

2 - QUESTIONÁRIO

Doença atual do paciente:

Paciente tem indicação de retirada de placas e parafusos da perna direita. Como teve séria complicação de ferida na primeira cirurgia, solicitou 2 trocas de curativo incisional PICO7 15x30 para evitar potenciais danos à pele.

Tempo e o tipo de tratamento que está sendo realizado no paciente:

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

Cicatrização inadequada

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

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

Tipo de procedimento operatório realizado:

Retirada de material de síntese

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	
Hipertensão Art. Sist.		Sim <input checked="" type="checkbox"/>	
Queimadura		< 30% da superfície corporal	> 30% da superfície corporal
Osteomielite		Sim	c/ exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção / Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5 a 10 cm	> 10 cm
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
Lesão Aguda		Sim	
Lesão Crônica			Sim
FQ Alteração Linfática		Sim <input checked="" type="checkbox"/>	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	
Períneo / Mama / Face			Sim
Total			

Dr. Vinicius Ribeiro Menegazzo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32298
Médico Assistente
Carimbo e Assinatura

Parecer da Unimed Londrina

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.

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269		3 - Número Guia Principal		4 - Data da autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN			
Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número do Conselho	
Vinius Ribeiro Menegazzo						CRM		32298		PR	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter de Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)		24 - Indicação de Atendimento		25 - Data da Solicitação	
OSTEOSSINTESE DA PERNA DIREITA											
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd.			
1- 1		1		CURATIVO PICO 7 X2		1		1			
2- 1		1		TAMANHO:15X30CM - 66802006		1		1			
3- 1		1				1		1			
4- 1		1				1		1			
5- 1		1				1		1			
Dados do Contratante Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES					
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora inicial		38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
1- 1		1		1		1		1		41 - Descrição	
2- 1		1		1		1		1		42 - Qtd.	
3- 1		1		1		1		1		43 - Via	
4- 1		1		1		1		1		44 - Tec.	
5- 1		1		1		1		1		45 - Fator Red./Acresc.	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.		50 - Código da Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
1- 1		1		1		1		1		53 - Número do Conselho	
2- 1		1		1		1		1		54 - UF	
3- 1		1		1		1		1		55 - Código CBO	
4- 1		1		1		1		1		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificação		59 - Total Procedimento R\$		60 - Total Taxas e Aluguéis R\$		61 - Total Materiais R\$		62 - Total OPME R\$	
1- 1		1		1		1		1		63 - Total Medicamentos R\$	
2- 1		1		1		1		1		64 - Total Gases Medicinais R\$	
3- 1		1		1		1		1		65 - Total Geral R\$	
4- 1		1		1		1		1		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Contratado	