## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - N° Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

Londrina			
Eoridina			
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído	pela Operadora		
3,4,3,2,6,9			
4 - Data da Autorização 5 - Senha		6 – Da	ata de Validade da Senha
Dados do Beneficiário	<b>以可见的自然度。[14]</b> 在80年		
7 - Número da Carteira			Atendimento a RN
50 - Nome Social arlands Her	rero		
10 - Nome			
Dados do Contratado Solicitante			
12 – Código na Operadora	13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante José M. Piovesa	na	16 - Número no Conselho	17 - UF 18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Sofilettame Ortopedia e Traumatologia	15 - Conselho Profissiona		o.   10 todaige 626
CRM/PR 30165			
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação	20 - Nome do Hospital/Local	Solicitado	21 - Data sugerida para internação
19- Código na Operadora / CNPJ	ZO - Nome do Nospinas Essa.	unoto	
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24	- Regime de Internação 25 - Qtde. I	Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPI	ME 27 – Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica	1		/
1	+ hoce de	polie fileno + au	no ho a Vaan
Lumpezo an gue		0	
			4
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opciona	31 - CID 10 (3) (Opcional) 32	- CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid	ente (acidente ou doença relacionada)
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional	31 - CID 10 (3) (Opcional) 32	- CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acid	ente (acidente ou doença relacionada)
	31 - CID 10 (3) (Opcional) 32	- CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acide	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou	31 - CID 10 (3) (Opcional) 32	- CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acide	ente (acidente ou doença relacionada)  37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	- CID 10 (4) (Opcional)  33 - Indicação de Acide	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Insulo au fund	as de pollefilms con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição	as de pollefilms con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thougho ar fund	as de pollefilms con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thougho ar hund	as de poletilino con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	Insula au hund	as de poletilino con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	Insula ar harl Municip fin	as de pole filmo con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	Insula ar hund	as de pole filmo con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	Insula ar hund	as de poletilino con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36-Descrição  Insulo au had  My heap fin	ar de pollefilmo con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36-Descrição  Insulo as hud  Myneup fin	as de poletilino con	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thomas at fund Municipal fina  e. Diarias Autorizadas  41 - Tipo	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36-Descrição  Insulo au had  My heap fin	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 – Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thomas at fund Municipal fina  e. Diarias Autorizadas  41 - Tipo	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thomas at fund Municipal fina  e. Diarias Autorizadas  41 - Tipo	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thomas au head Mineral fun  e. Diarias Autorizadas 41 - Tipo	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thomas ar heal My heart fine  e. Diarias Autorizadas  41 - Tipo  43 - Nome do Hospital / Loca	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut  37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut  44 - Código CNES
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  01-	36 - Descrição  Thomas au head Mineral fun  e. Diarias Autorizadas 41 - Tipo	da Acomodação Autorizada	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut

## SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

 Unim	
Lone	drina

ome do paciente: 🛺 🕽	undo flu	rreno		1	V°. do ca	artão:
lédico Assistente: 00	nandre	O. Que	ino.	2		CRM: 17905
- QUESTIONÁRIO			·			
oença atual do paciente	M+HA+	15C + 0	hor	millete	+	Revisão Protise total
welke divide	2 + di	buidonn	00 1	0 1	P	- Lin 1m min
parro un une	T aus	m de m	Nin	7	Oun	orus vaais.
empo e o tipo de tratame	ento que está s	sendo realizado	nop	paciente:	o N	alizaci hiperparica
sem milhora	-01111	ora di	1	1		100 bidadi
Co e exter	nangual	seinelas	TI	ruria	gran	alizou hipubarica nde quantidade em
por a sekul	1.comuni/	moure		**	U	
lotivo (s) da ausência de	resposta adec	guada, no perío	do de	e tratamento	sem hi	nerhárica:
						***************************************
audo (se necessário) da	a arteriografia	do membro a	fetad	lo: (anexar)	(	
ata do último tratamento						
att do ditilio tratalliello	Com Oxigenoti	crapia niperban	Ud	/		
ipo de procedimento ope	ratório realizad	do:				
Production operation	Tatorio Todrizat					***************************************
		***************************************	-		************	
a nacionto com om née s	radiatarania a	la a alima a " a - d a	1 2 -			
e paciente com em pós-r	adioterapia, a	localização da	lesão	neoplásica	:	
e paciente com em pós-r		<del></del>				
		<del></del>				- Salesan
e paciente com em pós-r		<del></del>				SCORE) Insé M. Piovesana
		<del></del>				SCORE)  e escala abaixaiilhenne losé M. Piovesana
- ESCALA DE GRAVIDA		<del></del>				SCORE)  e escala abaj guilherme José M. Piovesaña e escala abaj guilherme José M. Piovesaña e Traumatologia
		<del></del>				SCORE)  e escala abaj guilherme José M. Piovesaña e escala abaj guilherme José M. Piovesaña e Traumatologia Ortopedia e Traumatologia
- ESCALA DE GRAVIDA		<del></del>				SCORE)  e escala abay guilherme José M. Piovesaña e escala abay guilherme José M. Piovesaña e Traumatologia  Ortopedia e Traumatologia  CRM/PR 30165
- ESCALA DE GRAVIDA  ITENS	* Favor assir	SITY OF SÃO P		O / USP SE		SCORE)  e escala abay guilherme losé M. Piovesaña e raumatología Ortopedia e Traumatología CRM/PR 30165  Médico Assistente
- ESCALA DE GRAVIDA  ITENS  Idade  Tabagismo	* Favor assir	SITY OF SÃO P nalar os itens pres PONTOS 2 pontos 26 a 50 anos Leve / moderado		O / USP SE	conforme	Médico Assistente
- ESCALA DE GRAVIDA  ITENS  Idade  Tabagismo  Diabetes	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado Sim		O / USP SE		of the same of the
- ESCALA DE GRAVIDA  ITENS  Idade  Tabagismo	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado Sim Sim		O / USP SE ano paciente de 3 ponto: >50 anos Intenso	conforme	Médico Assistente
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist.	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da		O / USP SE no paciente 3 ponto: >50 anos Intenso >30% da	conforme	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist.	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie		3 ponto: >50 anos Intenso >30% da superfície	conforme	Médico Assistente
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura	* Favor assir	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado Sim Sim <30% da superficie corporal		O / USP SE s no paciente s 3 pontos >50 anos Intenso >30% da superficie corporal	conforme	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist.	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie		3 ponto: >50 anos Intenso >30% da superfície	conforme	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura	* Favor assir	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado Sim Sim <30% da superficie corporal		O / USP SE s no paciente de  3 ponto: >50 anos Intenso >30% da superficie corporal c/ exposição	conforme	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal  Sim		O / USP SE no paciente de  3 ponto: >50 anos Intenso  >30% da superfície corporal c/ exposição óssea	conforme	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia	* Favor assir	PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal  Sim  Moderada		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa	conforme	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superfície corporal Sim  Moderada Estabilizado		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa Instável	verity conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos	PONTOS PO		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa Instável Acentuada	verity conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm	PONTOS PO		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa Intensa Intensa Intensa >10 cm	verity conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal Sim  Moderada Estabilizado Moderada 5 a 10 cm 2 a 6 cm		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superfície corporal c/ exposição óssea Intensa Instável Acentuada > 10 cm > 6 cm	verity conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal Sim  Moderada Estabilizado Moderada 5 a 10 cm  2 a 6 cm 5 a 10 cm		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superfície corporal c/ exposição óssea Intensa Instável Acentuada > 10 cm > 6 cm	VERITY conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal Sim  Moderada Estabilizado Moderada 5 a 10 cm  2 a 6 cm 5 a 10 cm		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa Instável Acentuada >10 cm >6 cm >10 cm	verity conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal Sim  Moderada Estabilizado  Moderada 5 a 10 cm 2 a 6 cm 5 a 10 cm Sim		3 ponto:  3 ponto:  >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa Instável Acentuada >10 cm >6 cm >10 cm	VERITY conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica Lesão Aguda	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm	PONTOS  PONTOS  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal Sim  Moderada Estabilizado  Moderada 5 a 10 cm 2 a 6 cm 5 a 10 cm Sim		3 ponto 3 ponto >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Instável Acentuada >10 cm >6 cm >10 cm	VERITY conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS  Idade  Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist.  Queimadura  Osteomielite  Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica Lesão Aguda Lesão Aguda Lesão Crônica FQ Alteração Linfática	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm	PONTOS PO		3 ponto 3 ponto >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Instável Acentuada >10 cm >6 cm >10 cm	VERITY conforme s X X X X	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica Lesão Aguda Lesão Aguda Lesão Crônica FQ Alteração Linfática Amputação / Desbridamento	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm  < 5 cm	PONTOS PO		O / USP SE s no paciente s s n	VERITY conforme s	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica Lesão Aguda Lesão Crônica	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm  < 5 cm	PONTOS PO		O / USP SE s no paciente s s n	VERITY conforme s X X X X	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist.  Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica Lesão Aguda Lesão Aguda Lesão Crônica FQ Alteração Linfática Amputação / Desbridamento Dreno de Tórax	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm  < 5 cm	PONTOS  2 pontos  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal  Sim  Moderada  Estabilizado  Moderada  5 a 10 cm  2 a 6 cm  5 a 10 cm  Sim  Sim  Sim  Sim  Anderada  Sim  Sim  Anderada  Sim  Sim  Sim  Sim  Anderada  Sim  Sim  Sim  Sim  Sim  Sim		O / USP SE s no paciente s s n	VERITY conforme s X X X X	Médico Assistente Carimbo e Assinatura
ITENS Idade Tabagismo Diabetes Hipertensão Art. Sist. Queimadura Osteomielite Toxemia Choque Infecção / Secreção Diâmetro DA > Lesão Crepitação Subcutânea Celulite Insuf. Arterial Aguda Insuf. Arterial Crônica Lesão Aguda Lesão Crônica FQ Alteração Linfática Amputação / Desbridamento Dreno de Tórax Ventilação Mecânica	* Favor assir  1 ponto  < 25 anos  Pouca  < 5 cm  < 2 cm  < 5 cm	PONTOS  2 pontos  2 pontos  26 a 50 anos  Leve / moderado  Sim  Sim  < 30% da superficie corporal  Sim  Moderada  Estabilizado  Moderada  5 a 10 cm  2 a 6 cm  5 a 10 cm  Sim  Sim  Sim  Sim  Anderada  Sim  Sim  Anderada  Sim  Sim  Sim  Sim  Anderada  Sim  Sim  Sim  Sim  Sim  Sim		O / USP SE no paciente 3 ponto: >50 anos Intenso  >30% da superficie corporal c/ exposição óssea Intensa Instável Acentuada > 10 cm > 6 cm > 10 cm Sim Sim	VERITY conforme s X X X X	Médico Assistente Carimbo e Assinatura

NS - n.º 34326

Código: RQU.REG(A.PREV).06 Versão: 01 Dt.Emissão: 24.08.10 Dt Ultima Versão: 24.08.10 Nº Páginas: 1 de 2

G III 21 a 30 pontos; G IV > 31 pontos.

12 -Atendimento a RN Williada Nobert 1 idococco de 31 - Código CNES 54-UF 55-Código CBO POP: Guilberne José M. Piovesana \_ \_ 65 - Total Geral (R\$) Ortopedia e Prasmetologia CRAMBING SOILC. 10-1 1 1 1 1 1 1 1 6 2- N° Guia no Prestador 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 46-Valor Unitário (R\$) 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 68 - Assinatura do Contratado 43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc. 52-Conselho 53-Número no Conselho Profissional -= 92 - Saúde Ocupacional 8-1 1 1/1 1/1 1/1 1/1 7-1 | M | M | 1-7 7 - Número da Guía Atribuído pela Operadora 63 - Total de Medicamentos (R\$) 18 - UF 19 - Código CBO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Inlindo Hounas 91 - Regime de atendimento 300 ml 6-1 1 1/1 1/1 1/1 1/1 62- Total de OPME (R\$) 6 - Data de Validade da Senha 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsáve 35 - Motivo de Encerramento do Atend Mesonal 16 - Conselho 17 - Número no Conselho Profissional 89 - Nome Social 14 - Nome do Contratado P.O Future 1050 Aurisaio 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição 61 - Total de Materiais (R\$) Smith 34 - Tipo de Consulta 51-Nome do Profissional 4-1 | | | | | | | | | 9 - Validade da Carteira 56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável lipacador Acmostono 3-1 1 1/1 1 1/1 30 - Nome do Contratado 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 23 - Indicação Clínica Dados da Solicitação / Procedimentos ou itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação 23 - Indicação ntos e Exames Realizados 3 - Número da Guia Principal Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48-Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 25- Código do Procedimento ou Item Assistencial 1-1 M I M I I I 2-1 M I M I I I 15 - Nome do Profissional Solicitante 59 - Total de Procedimentos (R\$) Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 58-Observação / Justificativa Dados da Execução / Procedi Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora Dados do Atendimento 32-Tipo de Atendimento 3 4 3 2 6 9 4 - Data da Autorização 8 - Número da Carteira Dados do Beneficiário Unimed & 1.1

12 -Atendimento a RN Yellwada Nober 1 tolococco de 31 - Código CNES 54-UF 55-Código CBO or pr. Guilberne José M. Piovesana \_ 65 - Total Geral (R\$) Ortopedia e Pravincia CRAMPIC S. 10-1 M I M I I I 6 2- Nº Guia no Prestador 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 46-Valor Unitário (R\$) 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 68 - Assinatura do Contratado 43-Via 44-Tec. 45- Fator Red./Acresc. 52-Conselho 53-Número no Conselho Profissional = 92 - Saúde Ocupacional 8-1 1 1/1 1/1 1 1 1 7-1 | M | M | 1-7 7 - Número da Guía Atribuído pela Operadora 63 - Total de Medicamentos (R\$) 18 - UF 19 - Código CBO GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT (Inlindo Herrina 91 - Regime de atendin 300 ml 6-1 | M | M | 6-1 62- Total de OPME (R\$) 6 - Data de Validade da Senha 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 35 - Motivo de Encerramento do Atend nephar 89 - Nome Social 16 - Conselho 17 - Número no Conselho Profissional 14 - Nome do Contratado P.O Flother Lotto. Aurisaio 37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição 61 - Total de Materiais (R\$) Smith 34 - Tipo de Consulta 51-Nome do Profissional 1 1/1 1 1/1 1 4-1 | M | M | L 9 - Validade da Carteira 56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável Uspacador Acmostono 3-1 1 1/1 1/1 30 - Nome do Contratado 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 23 - Indicação Clínica Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados entos e Exames Realizados 3 - Número da Guia Principal Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48-Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 25- Codigo do Procedimento ou Item Assistencial 21 - Caráter do 22 - Data da Solicitação Atendimento 1-1 M I M I I I 2-1 1 11 11 11 11 11 15 - Nome do Profissional Solicitante 59 - Total de Procedimentos (R\$) Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora Dados da Execução / Procedir 58-Observação / Justificativa Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora Dados do Atendimento 32-Tipo de Atendimento 3 4 3 2 6 9 4 - Data da Autorização 8 - Número da Carteira Dados do Beneficiário Unimed & 1-1