

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

MAURO CESAR ZANELATO JUNIOR

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código do Profissional

DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado CRM

19475 PR

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

LESÃO DO BICEPS DISTAL DO COTOVELO esq APOS ESFORÇO

28 - Indicação Clínica

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-	30736056	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligam.	1
02-	30719127	Tendinites, sinovites e artrites - tratamento cirúrgico	1
03-	30731089	Tenodese	1
04-		TOGGLELOC sistema de fixação tipo suspensório	1
05-		FIOS HI FI	1
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

Dr. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19475 TEOT 9978

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome.....: MAURO CESAR ZANELATO JUNIOR
Médico.....: LEANDRO A V NUNES
Data do exame.: 17/04/2024 07:02
CPF.....: 332.722.898-10
Destino.....: CLINILAB-CLINIMAGEM

Requisição.: 02.03.03143885
Sexo.....: Masculino
Idade.....: 38 A 1 M 11 D
RG.....: 334605040
Convênio...: UNIMED CLINIMAGEM
(DENSO + MAMO + RX + USG)

ULTRASSOM DO BRAÇO ESQUERDO

TÉCNICA:

Realizado estudo com transdutor linear multifrequencial na modalidade bidimensional.

- Foram visibilizados no presente estudo:

Músculos deltoide; bíceps braquial; tríceps braquial; braquio radial; tendões do bíceps e tríceps braquial.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Transição miotendínea e tendão do bíceps braquial não visibilizado em terço distal do braço, com conteúdo líquido de permeio (ruptura total).

Este é um exame complementar. Seu resultado é relativo e deve ser correlacionado com quadro clínico e ou outros exames complementares do paciente.

Dr. Renato Sato Capelari
CRM 16.595
RQE 19.760 ultrassonografista