

PLANO DE SAÚDE

Desde 1967

Rua Senador Souza Naves, 1922
Londrina - PR
CEP 86015-430
Fone: (43) 3315-1900

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS 326755 | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data de validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|

Dados do Beneficiário / Paciente

| | | |
|------------------------|-----------|--------------------------|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano | 9 - Validade da Carteira |
|------------------------|-----------|--------------------------|

| | |
|--------------------|---|
| 10 - Nome completo | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
| Wms Godoy Pereira | |

Dados do Contratado Solicitante

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Contratado | 14 - Código CVES |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO |
| GUILHERME DE GUERINZ BEMGO | CNM | 41088 | PR | |

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

| | |
|---------------------------------------|------------------------|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 21 - Nome do Prestador |
|---------------------------------------|------------------------|

| | |
|---|---|
| 22 - Caráter da Internação | 23 - Tipo de internação |
| <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência | <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica |

| | |
|---|---------------------------------------|
| <p>24 - Regime de Internação</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar</p> | <p>25 - Qtde. Diárias Solicitadas</p> |
|---|---------------------------------------|

26 - Indicação Clínica Paciente com quadro de Dor em ombro direito, apresentando lesão labral, artrose acromioclavicular e lesão completa do supraespinhal, evoluindo com limitação das atividades diárias, refratário ao tratamento conservador.

Hipótese Diagnóstica

| | | |
|---|---|---|
| 27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica | 28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias | 29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |
|---|---|---|

| | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 30 - CID Principal M7S.1 | 31 - CID (2) | 32 - CID (3) | 33 - CID (4) |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|

Procedimientos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------|
| 1- _____ | 30735068 | LESÃO DO MANGUITO ROTACION | 01 | _____ |
| 2- _____ | 30735041 | LESÃO LATERAL | 01 | _____ |
| 3- _____ | 30735084 | RESSECÇÃO LATERAL DA CLAVÍCULA | 01 | _____ |
| 4- _____ | 30735033 | ARTROMIOPLASTIA | 01 | _____ |
| 5- _____ | 30735017 | GINOCETOMIA TOTAL | 01 | _____ |

OPM Solicitados


| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|--------------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1- | | AGULHA PASSADORA DE SUMA | 01 | | |
| 2- | | ABCLATON | 01 | | |
| 3- | | CÂNULA | 01 | | |
| 4- | | ANCOMAS | 02 | | |
| 5- | | SHAVER | 02 | | |

Dados da Autorização

| | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 45 - Data Provável de Admissão Hospitalar | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas | 47 - Tipo de acomodação autorizada |
|---|--------------------------------|------------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| 48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Código CNEC |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------|

51 - Observações



| | | |
|--|--|---|
| <p>52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p>Dr. Guilherme Berigo Ortopedista CRM/PR 47088 - RQE 34815</p> <p><u>03.07.24</u></p> | <p>53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>____/____/____</p> | <p>54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>____/____/____</p> |
|--|--|---|

Paciente: **LUIS GODOY PEREIRA**

Data do nascimento: 15/12/1969

Data do exame: 13/06/2024

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

Técnica: foram realizadas sequências multiplanares, com ecos variáveis, sem o uso de contraste paramagnético.

Interpretação:

Ruptura de espessura total no terço distal (peri-insercional) do tendão supraespinhal, com retração de 0,8cm e medindo 0,8cm no eixo anteroposterior.

Acentuada tendinopatia do restante do supraespinhal e tendinopatias do infraespinhal e do subescapular.

Aumento de líquido no interior da bursa subacromiodeltoidea, relacionado à bursite.

Tendão da cabeça longa do bíceps apresentando espessura e intensidade de sinal usuais.

Artropatia degenerativa acromioclavicular, observando-se erosões condrais, redução do espaço articular, escleroses, edemas e cistos ósseos subcondrais, proliferações osteofitárias marginais e espessamento capsulossinovial, que determinam impressão sobre a superfície superior do supraespinhal.

Acrômio com superfície inferior côncava (tipo II de Bigliani).

Ausência de derrame intra-articular significativo ou de líquido na bainha bicipital.

Ruptura no labrum do aspecto superior, anterossuperior e posterossuperior (11h à 1h) da glenóide, associada a cisto paralabral anterior e a cisto/edema ósseo subcondral no aspecto posterossuperior da glenóide.

Intervalo rotador com aspecto habitual.

Ventres musculares eutróficos e com intensidades de sinal normais.



Dr Gustavo Junji Cinagava
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM.30733

Paciente: **LUIS GODOY PEREIRA**

Data do nascimento: 15/12/1969

Data do exame: 13/06/2024

Impressão diagnóstica:

Ruptura de espessura total no terço distal (peri-insercional) do tendão supraespinhal.

Acentuada tendinopatia do restante do supraespinhal e tendinopatias do infraespinhal e do subescapular.

Bursite subacromiodeltoidea.

Artropatia degenerativa acromioclavicular.

Ruptura no labrum do aspecto superior, anterossuperior e posterossuperior (11h à 1h) da glenóide, associada a cisto paralabral anterior e a cisto/edema ósseo subcondral no aspecto posterossuperior da glenóide.



Dr Gustavo Junji Cinagava
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CRM.30733