

**HOSPITALAR**  
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<br><b>326755</b> | 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 |
| Miguel F. Santa    |   |

### Dados do Contratado Solicitante

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

|                                       |                            |                         |         |                 |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO |
| CARLOS A. S. CRUZ                     | 2931                       |                         |         |                 |

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"/> F - 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 |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 24 - Regime de Internação                        | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| 1 - Hospitalar, 2 - Hospital-dia, 3 - Domiciliar |                                |

26 - Indicação Clínica

Lesão do manguito rotador ombro direito

### Hipótese Diagnóstica

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

|                             |              |              |              |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 30 - CID Principal<br>M75.1 | 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                    | Ruptura do manguebo rotador |                   |                 |
| 2-          | 30735033                    | Acionamento                 |                   |                 |
| 3-          | 30735084                    | Revisão lateral clamping    |                   |                 |
| 4-          |                             |                             |                   |                 |
| 5-          |                             |                             |                   |                 |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM           | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|------------------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1-          |                    | ombrão abdominal 2.9         | 03         |                 |                     |
| 2-          |                    | shorts                       | 02         |                 |                     |
| 3-          |                    | conexão                      | 01         |                 |                     |
| 4-          |                    | eletrocardiograma mono polar | 01         |                 |                     |
| 5-          |                    | guia flexível p/ sutura      | 01         |                 |                     |

### 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 CNE |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|

|                  |
|------------------|
| 51 - Observações |
|------------------|

|   |   |  |
|---|---|--|
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante<br>03/11/2023<br>Dr. Carlos Carneiro<br>Médico<br>CRM/PR 29710 | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>____/____/____ | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização<br>____/____/____ |
|---|---|--|

Paciente: MIGUEL FERNANDO DOS SANTOS

ID: 806477

Idade: 41 anos

Sexo: Masculino

Data/Hora Exame: 24/10/2023 13h27

Data Nasc.: 05/11/1981

Dr.(a): CAIO WINCH JANEIRO - CRM/PR 46949

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** dor há 4 meses.

**TÉCNICA DE EXAME:** Exame realizado em aparelho de alto campo, nos planos axial, coronal e sagital ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

### INTERPRETAÇÃO:

Ruptura de toda a extensão e de espessura completa do tendão supraespinhal, por uma extensão anteroposterior de 1,2 cm, com retração do coto tendíneo de 0,5 cm.

Espessamento e alteração de sinal por tendinopatia das fibras anteriores do infraespinhal, com delaminações tendíneas da porção anterior.

Os tendões do redondo menor e do subescapular têm orientação, espessura e intensidade de sinal habituais.

Tendão da cabeça longa do bíceps tópico e íntegro no sulco intertubercular.

Ventres musculares do manguito rotador com trofismo preservado.

Espessamento e alteração de sinal da bursa subacromial-subdeltóidea.

Ruptura intrassubstancial da porção cranial do lábio da glenoide.

Não há derrame articular significativo ou erosões condrais profundas no compartimento glenoumeral.

Feixes neurovasculares sem alterações.

Artropatia degenerativa acromioclavicular, caracterizada por irregularidades e edema ósseo subcondral, assim como discreto espessamento e edema de partes moles capsuloligamentares.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ruptura transfixante completa do supraespinhal.

Tendinopatia do infraespinhal.

Distensão líquida da bursa subacromial-subdeltóidea.

Ruptura intrassubstancial da porção cranial do lábio da glenoide.

Artropatia degenerativa acromioclavicular inicial.



Dr. Pedro Toniolo de Carvalho  
CRM / RS 36250