

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - № Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

Londrina		
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	4	
3 4 3 2 6 9		
4 - Data da Autorização 5 - Senha		
3 - Serina	6 – Data de	Validade da Senha
Dados do Beneficiário		<u> </u>
7 - Número da Carteira	O Velidada de O de de	
		imento a RN
50 - Nome Social		
99030000033920761		
10 - No CARLOS AUGUSTO DO AMARAL		
Dados do Contratado Solicitante	The state of the s	
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contrata	o	
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA CRIM	To Humbro no Consento	17 - UF 18 - Código CBO
	194	75 PR
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação		
19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospi	al/Local Solicitado	1 - 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 quimioteráp
28 - Indicação Clínica 2 1 2		
LESAO DO MANGUITO ROTADOR ESQ NECESSITAN	OO REPARO	
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIC	PLASTIA	
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPA		
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIE	ADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA	
	NOE DE NESSECÇÃO CLÁVICOLA	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional	32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acid	dente ou doença relacionada)
M75.1 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
24 T-1-1-25 05 07 11 1-1		
35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição Item Assistencial	37 -	Qtde Solic 38 – Qtde Aut
1-1	1.1	f f - f - f - r - r
² 30735068 RUPTURA DO MA		1 1 1
30735033 ACROMIOPLASTI	1 1	
430735092 TENOTOMIA CAB) LONGO BICEPS	1 1 1
30735084 RESSECÇÃO LATE	AL CLAVICULA	
S ANCORA juggerknot C/2		<u> </u>
PONTEIRA SHAVER		
RADIOFREQUENC		
EQUIPO 4 viaS	a monopolal	
-L_L CANULA ARTROSO	ODICA	<u> _1</u>
	Marian 639 (4)	
	PARA PASSADOR DE SUTURA	
ados da Autorização TAXA DE VIDEO		
- Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 -	Tipo da Acomodação Autorizada	
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital /	ocal Autorizado	44 - Código CNES
		TT - Codigo CNES
- Observação / Justificativa		
	•	
Dr. Daniei F. F. Vieira		
Ortopedia of supratologia		
Data da Solicitação 47-Assinatura do Produsióna do Iterante	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assina	tura do Responsável pela Autorização



Atendimento 28782

Data: 14/12/2023

Paciente CARLOS AUGUSTO DO AMARAL

Solicitante DANIEL F. F. VIEIRA

Idade: 63

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME: Exame de ressonância magnética do ombro esquerdo, sendo obtidas imagens nas seguintes sequências: SAG SE T2, SAG STIR, COR SE T1 e T2, COR STIR, AXIAL STIR.

RESULTADO: As sequências realizadas evidenciaram:

Rotura transifxante do tendão supra-espinhal medindo 1,3 cm na zona crítica acarretando líquido na bursa subacromial / subdeltóidea. Há ainda leve atrofia gordurosa do músculo supra-espinhal com redução de menos de 30% de seu volume;

Tendinopatia do subescapular evidenciada por alteração de sinal intrassubstancial;

Demais tendões do manguito rotador (infra-espinhal e redondo menor) em topografia habitual com sinal espessura preservada.

Tendinopatia do cabo longo do bíceps caracterizada por alteração de sinal intra-articular.

Lábio da glenóide com alteração de sinal difusa de aspecto degenerativo;

Não há evidências de lesões dos ligamentos gleno-umerais.

Ausência de imagem de derrame articular significativo;

Acrômio encurvado

Sinais de artrose acromio-clavicular, caracterizados por hipertrofia cápsulo-ligamentar, osteófitos marginais e edema subcondral em ambos os componentes.

Henrique de Castro CRM: 30676 - PR Médico Radiologista Revisor Luciana Lopes dos Santos - Médica Radiologista CRM: 22519 - PR Médica Radiologista

Laudador