

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
117 000000 212 6603		

50 - Nome Social

10 - Nome ELIANE DE PAULA PEREIRA

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	13 - Nome do Contratado <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	CRM	19475	PR	

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado	21 - Data sugerida para internar
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

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 quimi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

28 - Indicação Clínica	2	1	2			
------------------------	---	---	---	--	--	--

LESÃO DO MANGUITO ROTADOR, necessitando reparo
SÍNDROME DO IMPACTO, necessitando acromioplastia

ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA

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)
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Au
01-				
02-		30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1
03-		30735033 ACROMIOPLASTIA		1
04-				
05-		30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
06-		ANCORA jiggerknot C/2 FIOS		3
07-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2
08-		RADIOFREQUENCIA monopolar		1
09-		EQUIPO 4 vias		1
10-		CANULA ARTROSCOPICA		1
11-		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1
12-		TAXA DE VIDEO		

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
____ / ____ / _____	_____	_____

[illegible]

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante CRM/PR 19475 TEOT 9918	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Aliane D. B. L. P.</i>	49-Assinatura do Responsável pela Avaliação
------------------------	---	---	---

NOME: ELIANE DE PAULA PEREIRA

REGISTRO: 96437

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 24/11/1971 51A

DATA: 15/04/2023

CONVÊNIO: Unimed

SEXO: Feminino

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) Daniel E. F. Vieira

CRM: 19475

Protocolo ClickVita: 1026386079 Senha: 196437

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO DIREITO RELATÓRIO

INDICAÇÃO CLÍNICA/QUEIXA PRINCIPAL: Lesão do manguito rotador.

MÉTODO: Exame realizado com a sequência FSE com cortes multiplanares de 3,0 e 4,0 mm de espessura.

ANÁLISE:

Discreta artropatia degenerativa acromioclavicular, caracterizada por reação osteofitária marginal, espessamento capsuloligamentar e leve edema da medular óssea subcortical de ambos os componentes.

Acrômio discretamente curvo.

Demais estruturas ósseas preservadas.

Tendinopatia do supraespinhal e do infraespinhal, caracterizada por aumento da espessura tendínea e alteração do sinal habitual, com rotura parcial das fibras articulares na região de transição entre esses tendões, comprometendo 50% da espessura tendínea numa extensão aproximada de 0,8 x 0,7 cm, sem áreas de transfixação. Associa-se pequena formação cística na transição miotendínea do infraespinhal, com cerca de 1,5 cm.

Tendinopatia do subescapular, caracterizada por aumento da espessura tendínea e alteração do sinal habitual, com pequena rotura parcial das fibras articulares na porção cranial do tendão, numa extensão aproximada de 0,8 cm, sem transfixações.

Tendão do redondo menor e cabo longo do bíceps de aspecto preservado.

Discreta bursite subacromial/subdeltoidea.

Ausência de derrame articular glenoumeral significativo.

Alteração degenerativa do lábio glenoidal superior e póstero-superior, com irregularidade dos contornos da margem livre e pequena fissura na base de implantação do segmento póstero-superior.

Demais segmentos do lábio da glenoide preservados.

Ventres musculares tróficos.

continua . . .

NOME: ELIANE DE PAULA PEREIRA

NOME SOCIAL:

DATA NASC.: 24/11/1971 51A

CONVÊNIO: Unimed

MÉDICO/PROFISSIONAL: Dr(a) Daniel E. F. Vieira

Protocolo ClickVita: 1026386079 Senha: 196437

REGISTRO: 96437

DATA: 15/04/2023

SEXO: Feminino

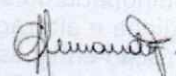
CRM: 19475

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO DIREITO

RELATÓRIO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Discreta artropatia degenerativa acromioclavicular.
- Tendinopatia do supraespinal e do infraespinal, com pequena rotura parcial associada na região de transição entre esses tendões.
- Tendinopatia do subescapular, com pequena rotura parcial associada.
- Alteração degenerativa do lábio glenoidal.
- Em relação ao estudo pregresso de 23/10/2020 nota-se surgimento de rotura parcial na transição do supraespinal e do infraespinal e também de alteração degenerativa do lábio glenoidal.



Dr. Guinel Hernandez Filho

CRM-SP 94523

RQE 22327



Dra. Alina de Almeida Bastos
RADIOLOGISTA
CRM 42270
RQE 30.104

Inscrição de Pessoa Jurídica sob CRM nº 2119

Responsável Técnico: Dra. Paula Nicolli Soares CRM-PR 12751

RUA: 13 DE MAIO, 234 - FONE / FAX: (43) 3534-4146 CEP 86430-000 - SANTO ANTÔNIO DA PLATINA - PR