

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

A 3 2 6 9 9 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2	a Número de Cuja Atribuído pala Operadora	
Antificação Citica de Sendra de Send		
See do Basenfelicito	6.	Data de Validade da Senha
Nome    11 - Cardia Nacional Societaria   13 - Nome do Contratado   13 - Nome do Profissional Solicitaria   14 - Codigo na Operadora   13 - Nome do Contratado   15 - Nome do Profissional Solicitaria   16 - Nome do Profissional Solicitaria   17 - UF   18 - Codigo CBO   19 - Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome	- Data da Autorizayao	
Nome    11 - Cardia Nacional Societaria   13 - Nome do Contratado   13 - Nome do Profissional Solicitaria   14 - Codigo na Operadora   13 - Nome do Contratado   15 - Nome do Profissional Solicitaria   16 - Nome do Profissional Solicitaria   17 - UF   18 - Codigo CBO   19 - Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome do Nome do Profissional Solicitaria   20 - Nome do Nome	ados do Beneficiário	
EDINETE MARIALISCUEIRA Codigo na Operadora  13 - Nome do Profissional Solicitante  15 - Consulto Profissional Solicitante  16 - Nomeso no Conselho Profissional Solicitante  17 - UF 16 - Codigo CBD  DANIEL FERREIRA-FERNANDES-VIEIRA CRM 19475 PR 20 - Mome do Profissional 20 - Tipo de Internação 20 - Regime de Internação 21 - Tipo de Internação 22 - Regime de Internação 23 - Regime de Internação 23 - Regime de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Conta, Distins a Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterigico 27 - Previsão de uso de quimioterigico 28 - Regime de Internação 29 - Regime de Internação 20 - Regime de Internação 21 - Previsão de uso de quimioterispico 21 - Previsão de uso de Quimioterispico 22 - Previsão de uso de Quimioterispico 23 - Indicação de Acidente (ecidente ou deença Internação 24 - Codigo Regimento de Internação (experimento de Internação de Acidente (ecidente ou deença Internação (experimento de Internação de Acidente (ecidente ou deença Internação (experimento de Internação de Acidente (ecidente ou deença Internação (experimento de Internação de Acidente (ecidente ou deença Internação (experimento de Internação (ecidente ou deença Internação (ecidente ou deença Internação (experimento de Internação (ecidente ou deença Internação (ecidente ou deença Internação (ecidente ou deença Internação	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
EDINELE MARIA ELIGUEIRA  Código na Operadora Controla Solicitante  13 - Nome do Controlado  15 - Consulho Profissional Solicitante  15 - Consulho Profissional Solicitante  16 - Número na Conselho Profissional Solicitante  17 - UP   18 - Codigo CDO Profissional Solicitante  18 - Número na Conselho Profissional Solicitante  18 - Número na Conselho Profissional Solicitante  19 - Consulho Profissional Solicitante  19 - Consulho Profissional Solicitante  19 - Consulho Profissional Solicitante  2 - Carder de Annomeneto 20 - Tipo de Internacióo 21 - Previssio de uso de OPME   27 - Previsso de uso de OPME   27 - ORde Solicitante   28 - ORDER   28 -	000 5,000 000 150 4,8811	
13 - Nome do Contratado   13 - Nome do Contratado   13 - Nome do Contratado   15 - Conseilho   15 - Conseilho   15 - Conseilho   15 - Número no Conseilho   17 - UF   18 - Codigo CBO   17 - UF   18 - Codigo na Operatora (CIPP)   18 - CODIGO na CIPPA (CIPPA (C	11 - Cartão Nacio	
3- Nome do Proficiational Solicitames   15- Nome do Contratado   15- Número no Conselho   17- UF   18- Codigo CBO   18- UF		
3- Nome do Proficiational Solicitames   15- Nome do Contratado   15- Número no Conselho   17- UF   18- Codigo CBO   18- UF	a EDINETE MARIA ELGUEIRA	
DANNEL-FERREIRA-FERNANDES-VIEIRA Códigio na Operadora (CNPJ    23 - Sport of Nicopital Clucial Solicitados   23 - Sport of Nicopital Clucial Solicitados   24 - Nicopital Clucial Solicitados   25 - Otolo, Diártias Solicitados   26 - Prevrisão de uso de OPME   27 - Prevrisão de uso de OPME   27 - Prevrisão de uso de quiminterrépico	2 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado	
DANNEL-FERREIRA-FERNANDES-VIEIRA Códigio na Operadora (CNPJ    23 - Sport of Nicopital Clucial Solicitados   23 - Sport of Nicopital Clucial Solicitados   24 - Nicopital Clucial Solicitados   25 - Otolo, Diártias Solicitados   26 - Prevrisão de uso de OPME   27 - Prevrisão de uso de OPME   27 - Prevrisão de uso de quiminterrépico		17 - UE 18 - Código CBO
SANEGUÉ PE RIAS INA-INEM NATIVE DE VIETURE DE CONTRETA		11. 5. 110. 552.95
20- Determination   23 - Determination   24 - Regime de Intermação   25 - Gorda, Publisha Solicitados   27 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Químitoterápico   28 - Regime de Intermação   25 - Gorda, Publisha Solicitados   26 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Químitoterápico   28 - Regime de Intermação   25 - Gorda, Publisha Solicitados   27 - Previsão de uso de Químitoterápico   28 - Regime de Intermação   25 - Gorda, Publisha Solicitados   28 - Previsão de uso de Químitoterápico   27 - Previsão de uso de Químitoterápico   28 - Regime de Intermação   25 - Gorda, Publisha Solicitados   28 - Previsão de uso de Químitoterápico   27 - Previsão de uso de Químitoterápico   28 - Regime de Intermação   28 - Regime de Intermação   28 - Previsão de uso de Químitoterápico   27 - Previsão de uso de OPME   27 - Previsão de uso de Químitoterápico   27 - Previsão de Unimitoterápico   27 - Previsão de Unimitoterápico   27 - Previsão de Unimitoterápico   27 - P		1047F DR
- Carafter do Atsendimento (23-Tipo de Internação) (24- Regime de Internação) (25- Otdo, Diárias Solicitadas (26- Previsão de uso de OPME) (27- Previsão de uso de OPME) (27- Previsão de uso de QUIMIDIA (27- Previsão de uso de OPME) (27- Previsão de uso de QUIMIDIA (27- Previsão de uso de OPME) (27- Previsão de Uso		21 - Data sugerida para internação
- Cardier do Atendimento 23 - Tipo de Interração 24 - Regimo de Internação 25 - Quêd. Distrias Solicitados 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Químioterápico 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de USA DE OPME 28 - Previsão d		
- Cardier do Atendimento (23 - Tipo de Internação (24 - Regimo de Internação (25 - Cide) planta solucionada (25 - Cide) (26 - Regimo de Internação (25 - Reg		OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
E 2 1 2 LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ACROMICO DE Principal (Opcional)  10 - CID 10 (2) (Opcional)  11 - CID 10 (3) (Opcional)  12 - CID 10 (4) (Opcional)  13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  14 - Cadigo de Principal (acidente ou doença relacionada)  15 - Cadigo de Principal (acidente ou doença relacionada)  16 - Cadigo de Principal (acidente ou doença relacionada)  17 - Cite Solic  18 - Cite Aut  18 - Cadigo de Acidente (acidente ou doença relacionada)  19 - Cadigo Ches  10 - Cid 10 (2) (Opcional)  10 - Cid 10 (2) (Opcional)  11 - Cid 10 (3) (Opcional)  12 - Cid 10 (4) (Opcional)  13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  18 - Cadigo de Acidente (acidente ou doença relacionada)  19 - Cadigo Ches  10 - Cid 10 (2) (Opcional)  10 - Cid 10 (2) (Opcional)  20 - Cid 10 (2) (Opcional)  21 - Cid 10 (4) (Opcional)  22 - Cid 10 (4) (Opcional)  23 - Indicação de Acidente ou doença relacionada)  34 - Cid 6 Solicitação  35 - Cadigo de Acidente ou doença relacionada)  36 - Cadigo Ches  11 - Cid 10 (4) (Opcional)  22 - Cid 10 (4) (Opcional)  23 - Cadigo Ches  24 - Cadigo Ches  25 - Cadigo Ches  26 - Cadigo Ches  27 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável pala Autorizada  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável pala Autorizada  49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável pala Autorizada  40 - Cadigo Ches  40 - Observação / Justificativa  40 - Observação / Justificativa	22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qual 25 - Qua	1 1
E 2 1 2 LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  AGOI 10 Principal (Opcional)  10 - CID 10 (2) (Opcional)  11 - CID 10 (3) (Opcional)  12 - CID 10 (4) (Opcional)  13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  14 - Codigo de Procedimentos ou linea Assistancials Solicitados  37 - Orde Solic  38 - Orde Solic  38 - Orde Aut  14 - Agoin Assistancial  15 - Lidado de Procedimento ou linea Assistancial  16 - Lidado de Procedimento ou linea Assistancial  17 - Orde Solic  38 - Orde Aut  18 - Orde Solic  39 - Orde Solic  30 - Orde Solic  31 - Orde Solic  32 - Orde Solic  33 - Orde Solic  34 - Orde Solic  35 - Orde Solic  36 - Orde Solic  37 - Orde Solic  37 - Orde Solic  38 - Orde Aut  40 - Orde Norde Library  40 - Orde Norde Library  40 - Orde Norde Library  40 - Orde Norde Mospital / Local Autorizado  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Orderora / Orde Pautorizado  43 - Orderoração / Order Pautorizado  44 - Ordero Norde Mospital / Local Autorizado  45 - Observação / Justificativa  46 - Observação / Justificativa  47 - Assinatura do Beneficário ou Responsável pela Autorizado		
E 2 1 2 LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  AGOD 10 Principal (Opcional)  10 - CID 10 (2) (Opcional)  11 - CID 10 (3) (Opcional)  12 - CID 10 (4) (Opcional)  13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  14 - Codigo de Procedimento ou rema Assistancials Solicitados  37 - Otde Solic  38 - Otde Aut  18 - Cadigo de Procedimento ou rema Assistancial  19 - Solic Assistancials Solicitados  37 - Otde Solic  38 - Otde Aut  19 - Cadigo Acidente (acidente ou doença relacionada)  10 - CiD 10 (2) (Opcional)  11 - CID 10 (3) (Opcional)  12 - CiD 10 (4) (Opcional)  13 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  37 - Otde Solic  38 - Otde Aut  10 - Cid 10 (2) (Opcional)  30 - Cid 10 (2) (Opcional)  30 - Cid 10 (2) (Opcional)  31 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  31 - Otde Solic  32 - Cid 10 (4) (Opcional)  33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada)  34 - Otde Autorização  14 - Otde Soliciação  15 - Cadigo de Acidente (acidente ou doença relacionada)  37 - Otde Solic  38 - Otde Autorização  16 - Cadigo Ches  40 - Otde Autorização  40 - Otde Autorização  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Codigo Ches  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  44 - Observação / Justificativa  45 - Observação / Justificativa  46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável pala Autorizado	8 - Indicação Clínica	
LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  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)  70 - Otde Soilc 38 - Otde Autorizado 37 - Otde Soilc 38 - Otde Autorizado 40 - Otder Arabinatura do Responsável pola Autorizado 41 - Tipo da Acomodação Autorizado 44 - Codigo CNES 45 - Observação / Justificativa 46 - Observação / Justificativa 46 - Observação / Justificativa	E 2 1 2	
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  **COLO 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)  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/765vi 3 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   36 - Descrição   37 - Otde Solic   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/735y33 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/735y33 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/735y33 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/735y33 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/735y33 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos  **3M/735y33 35 - Céctigo do Procedimento ou 36 - Descrição   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais Solicitatos   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assistanciais   38 - Otde Aut  **Trocedimentos ou Itens Assist		
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA    Company   Co	SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA	
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  30 - CID 10 (2) (Opcional)  30 - CID 10 (2) (Opcional)  31 - CID 10 (3) (Opcional)  32 - CID 10 (4) (Opcional)  33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  34 - Otde Solic  37 - Otde Solic  38 - Otde Aut  38 - Otde Aut  39 - Otde Solic  30 - Otde Solic  31 - Otde Solic  31 - Otde Solic  31 - Otde Solic  31 - Otde Solic  32 - Otde Solic  33 - Otde Solic  34 - Otde Solic  35 - Otde Solic  36 - Otde Solic  37 - Otde Solic  37 - Otde Solic  30 - Otde Solic  30 - Otde Solic	TENOTOMIA CARO LONGO RICEPS POR TENDINOPATIA	
30 - CID 10 (2) (Opcional)   31 - CID 10 (3) (Opcional)   32 - CID 10 (4) (Opcional)   33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSEÇÃO LATERAL CLAV	/ICULA
Social Colored   Principal (Opcional)   30 - Clo 16 (2) (Opcional)   31 - Cloud (3) (Opcional)   32 - Codigo do Procedimento ou Item Assistencial   36 - Descrição   37 - Orde Solic   38 - Otde Aut   38 - Observação   37 - Orde Solic   38 - Otde Aut   38 - Observação   37 - Orde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   30 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Solic   38 - Otde Aut   38 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Solic   38 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Aut   39 - Otde Solic   38 - Otde Sol	Althornan	
Trocedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  37 - Qtde Solic 38 - Otde Aut Titem Assistencial  30735Q68 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR  30735Q93 ACROMIOPLASTIA  30735Q92 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS  30735Q92 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS  30735Q94 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ANCORA juggerknot C/2 FIOS  PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  AGUIHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  45 - Observação / Justificativa  45 - Observação / Justificativa  46 - Observação / Justificativa  46 - Observação / Justificativa  47 - Assinatura do Responsável pela Autorizado  47 - Assinatura do Responsável pela Autorizado  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  48 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	33 - Indicação de	Acidente (acidente ou doença relacionada)
38 - Descrição 36 - Descrição 37 - Secrição 38 - REVPTURA DO MANGUITO ROTADOR 1	29-CID 10 Principal (Opcional)	
38 - Descrição 36 - Descrição 37 - Secrição 38 - REVPTURA DO MANGUITO ROTADOR 39 - ASSINATURA DO MANGUITO ROTADOR 39 - ASSINATURA DO MANGUITO ROTADOR 39 - ASSINATURA DO MANGUITO ROTADOR 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizada 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Observação / Justificativa 45 - Observação / Justificativa 46 - Observação / Justificativa 46 - Observação / Justificativa 46 - Assinatura do Responsável   48	the Assistanciale Solicitados	
tem Assistencial    30735068   RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR   1   1   1   1   1   1   1   1   1	วมิ/ไว้สีโดเสี 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição	37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR  30735093 ACROMIOPLASTIA  30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS  30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ANCORA juggerknot C/2 FIOS  PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  11  CANULA ARTROSCOPICA  12  14  AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  15  16  47 - Assínatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	Item Assistencial	
30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 30707- ANCORA juggerknot C/2 FIOS 908- PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) 2 PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) 3 ACQUIPO 4 viaS 40 CANULA ARTROSCOPICA 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 45 - Observação / Justificativa 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Porfissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 48 - Assinatura do Responsável pela Autoriza		
30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS 30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS 30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA ANCORA juggerknot C/2 FIOS PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) RADIOFREQUENCIA monopolar EQUIPO 4 viaS CANULA ARTROSCOPICA AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA TAXA DE VIDEO 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES	02- 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	
30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA  ANCORA juggerknot C/2 FIOS  PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  TAXA DE VIDEO  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  44 - Código CNES  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autoriza		
ANCORA juggerknot C/2 FIOS  PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  TAXA DE VIDEO  3 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Otde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  44 - Código CNES  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Aséinatura do Responsável  49 - Assinatura do Responsável  49 - Assinatura do Responsável	04- 30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	
ANCORA juggerknot C/2 FIOS  PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  TAXA DE VIDEO  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Responsável pela Autoriza  49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	05-L 30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	
PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)  RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  11-  12-  13-  14-  14- Agul HA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  TAXA DE VIDEO  40- Qtde. Diarias Autorizadas  41- Tipo da Acomodação Autorizada  41- Tipo da Acomodação Autorizada  42- Código na Operadora / CNPJ autorizado  43- Nome do Hospital / Local Autorizado  44- Código CNES  45- Observação / Justificativa  46- Data da Solicitação  47- Assinatura do Repfissional Solicitante  48- Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49- Assinatura do Responsável pela Autorizado		
RADIOFREQUENCIA monopolar  EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  TAXA DE VIDEO  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  44 - Código CNES  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assínatura do Popfissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado		
EQUIPO 4 viaS  CANULA ARTROSCOPICA  11-  12-  Dados da Autorização  TAXA DE VIDEO  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  44 - Código CNES  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assínatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	08-	1
CANULA ARTROSCOPICA  11- 12- 12- 13- 14- AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA  TAXA DE VIDEO  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assínatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	09-	
Dados da Autorização TAXA DE VIDEO  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Observação / Justificativa 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
Dados da Autorização  39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Observação / Justificativa 46 - Data da Solicitação 47 - Assánatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assínatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorizado	12-	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 45 - Observação / Justificativa 46 - Data da Solicitação 47 - Assínatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável	Dados da Autorização	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 45 - Observação / Justificativa 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autoriza	39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas	
45 - Observação / Justificativa  45 - Observação / Justificativa  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autoriza		44 - Código CNES
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autoriza	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autoriza		
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante	45 - Observação / Justificativa	
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante		
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante		A9 - Assinatura do Responsável pela Autoriza
	46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Respons	pavei 199 - Addinatula ad Nospolitativi politicisti



### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

Condina	DE INTERNAÇÃO	
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído	pela Operadora	
3 4 3 2 6 9		
4 - Data da Autorização 5 - Senha	6 - Data de Validade da Sen	h -
	Data de validade da Sen	na
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento a RN	
10-Nome Collvete Ma	auc Fueva 11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante		
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	
14 Name de Brafacilia de Maria		
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17 Just	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ	20. Name de Hannidal II. and 2 Mary	
		da para internação
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - I	Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de u	so de quimioterápico
28 - Indicação Clínica		
reuspoho pelejan en	Jahlb	
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	a relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
24 T-1-1- 25 0/11 1 5	- Descrição	
Item Assistencial	37 - Qtde Solic 38	- Qtde Aut
02-1131403360	to new note reduce	
03-		_
04-		_
05-11-30-13-609-1-	theolish tune or les les	_
06-	0 00 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	-
07-		
08-		
09-		<del></del>
10-		
11-		
12-		
Dados da Autorização		
89 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Di	iarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Códig	o CNES
45 - Observação / Justificativa		
6 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Pro	offssional solidation (September 1998)  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Respons	



Atendimento: 000003299574

Paciente:

**EDINETE MARIA FIGUEIRA** 

Idade:

75 anos

Data:

25/07/2023

08:59

# Solicitante: PAULO RAPHAEL TSUTOMU

KATAYAMA MIYAZAKI

# RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

#### Técnica:

Exame realizado com sequências multiplanares FSE, ponderadas em T1, DP e T2, sem e com supressão

#### Relatório:

Artropatia degenerativa acromioclavicular com edema ósseo de ambos os componentes e sinais de

Bursite subacromial/subdeltoidea e bursite subcoracóide com distensão líquida das bursas.

Rotura completa dos tendões do supraespinhal e do infraespinhal, com retração dos tendões acima de

Rotura extensa do subescapular, com manutenção de feixe de fibras inferiores.

Tendinopatia do redondo menor, com foco de calcificação na transição miotendínea, medindo 0,5 cm. Trofismo grau II dos ventres musculares do manguito rotador segundo a classificação de Goutallier.

Moderada quantidade de líquido articular glenoumeral, com capsulite difusa.

Sinais degenerativos da região anteroinferior do lábio da glenóide.

Tendinopatia da região articular do cabo longo do bíceps.

Discreto edema difuso da musculatura deltóide, mais evidente na sua região anterior e posterolateral. Linfonodos axilares de morfologia inflamatória.

## Impressão Diagnóstica:

Artropatia degenerativa acromioclavicular. Bursite subacromial/subdeltoidea e bursite subcoracóide com distensão líquida das bursas.

Rotura completa dos tendões do supraespinhal e do infraespinhal, com retração dos tendões.Rotura extensa do subescapular, com manutenção de feixe de fibras inferiores. Tendinopatia do redondo menor, com foco de calcificação na transição miotendínea.

Moderada quantidade de líquido articular glenoumeral, com capsulite difusa.

Sinais degenerativos da região anteroinferior do lábio da glenóide.

Tendinopatia da região articular do cabo longo do bíceps.

Discreto edema difuso da musculatura deltóide, mais evidente na sua região anterior e posterolateral.

Esta empresa respeita o meio ambiente e incentiva o consumo consciente de papel. Caso necessário, acesse e imprima o laudo de seu exame através de nosso site: www.omegadiagnosticos.com.br

Dr. Adriano de Oliveira Pinto CRM-PR: 30.637 RQE: 2653



PACIENTE: EDINETE MARIA FIGUEIRA

MÉDICO : DR. CARLOS EDUARDO MOTOOKA

DATA : 05/07/2023

## RELATÓRIO ECOGRÁFICO

#### MAO DIREITA 1º DEDO

Musculatura flexora e extensora de dorso e região palmar direitas com forma e textura normais.

Articulações metacarpo e falangeanas e interfalangeanas proximal e distal dos dedos da mão direita com características ecográficas normais.

Não visualizado lesão de polia.

Tendões extensores e flexores dos dedos com características ecográficas normais, exceto tendão flexor do polegar que apresenta espessamento e hipoecogenicidade, notadamente entre as articulações metacarpo - falangeana e inter - falangeanas. Não visualizado nódulos ou formações císticas em mão.

H.D.

1- Tendinite do flexor do polegar direito.

OBS: este é um exame complementar. Seu resultado é relativo e deve ser correlacionado com o quadro clínico e dados epidemiológicos do paciente.

Dra. Jessica Tavares Almeida CRM 35374

Dr. Raul Parra Ferreira Castilho CRM 17684

Dr. Elisio Vieira Almeida Jr CRM 9362