

** URGENTE!*

1 - Registro ANS 343269	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 ____
10 - Nome Paulo Amaro Moreira Junior		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Carlos A. S. Carneiro Médico CRM/PR 29716	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho _____	17 - UF ____
18 - Código CBO _____	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Hosp Evangélico			21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento urg	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	

28 - Indicação Clínica Ruptura do ligam. distal colar de direto

29 - CID 10 Principal (Opcional) S46.2	30 - CID 10 (2) (Opcional) _____	31 - CID 10 (3) (Opcional) _____	32 - CID 10 (4) (Opcional) _____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____
--	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01- _____	30736056	Reconstrução ligamentar	____	____
02- _____	30719127	Tro. anagico tendente	____	____
03- _____	30731089	Tenodesse	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	_____	____	____
06- _____	_____	01 fio Hi-A	____	____
07- _____	_____	01 Toggleloc	____	____
08- _____	_____	_____	____	____
09- _____	_____	_____	____	____
10- _____	_____	_____	____	____
11- _____	_____	_____	____	____
12- _____	_____	_____	____	____

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	40 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	41 - Tipo da Acomodação Autorizada ____	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		44 - Código CNES _____

45 - Observação / Justificativa _____ _____ _____
--

Paciente: Paulo Amaro Moreira Junior
Data: 03/08/2024 Hora: 15:57
Medico Solicitante: Priscila Clemente Gaiola

Idade: 28anos 11meses
ID Paciente: 5396195
Convênio: UNIMED LONDRINA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO DIREITO

Indicação: Rotura distal do bíceps.

Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1 e T2, em aquisições multiplanares, sem uso do meio de contraste endovenoso.

Análise:

Rotura transfixante do tendão do bíceps braquial com retração de 5 cm e líquido no leito de rotura e perifascial.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Tendão comum dos extensores preservado em sua inserção no epicôndilo lateral.

Tendão comum dos flexores preservado em sua inserção no epicôndilo medial.

Tendão distal do tríceps braquial íntegro.

Complexos ligamentares medial e lateral sem lesões.

Superfícies condrais de contornos regulares.

Ausência de derrame articular.

Nervo ulnar preservado no interior do túnel cubital.

Nervos mediano, radial e interósseo posterior sem alterações em seus trajetos.

Ventres musculares de trofismo conservado.

Impressão:

Rotura transfixante do tendão do bíceps braquial com líquido no leito de rotura.



Dr. José Augusto Berg

CRM 36823/PR
RQE 21384