

**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

[illegible]

1 - Registro ANS <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	

### 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 S	

**Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação**

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		21 - Nome do Prestador	
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de internação <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 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	

26 - Indicação Clínica

- Tupia do manguito orbital (D)
- Anomalia Alveolar
- Luxação / Pericoronária do 61

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda   C - Crônica		28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos   M - Meses   D - Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho   1 - Trânsito   2 - Outros	
30 - CID Principal	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-	<del>307 3506-8</del>	<del>requisição de material</del>		
2-	<del>307 3506-4</del>	<del>requisição de material</del>		
3-	<del>307 3509-2</del>	<del>requisição de material</del>		
4-				
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	3 Alcos	_____	_____	_____
2- _____	_____	02 Manos / 01 Rodas Pequenas	_____	_____	_____
3- _____	_____	02 Manos / 01 Rodas Pequenas	_____	_____	_____
4- _____	_____	02 Manos / 01 Rodas Pequenas	_____	_____	_____
5- _____	_____	02 Manos / 01 Rodas Pequenas	_____	_____	_____

### 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 CNES
				<b>Dr. Bruno Boão</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM/PR 32301 - TEO 15190</b> <b>Av. Bandeirantes, 460</b> <b>3278-2200</b>	

Dr. Bruno Bosio  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 32301 - TEOT 1519  
Av. Bandeirantes, 460  
Tel.: 3379-2200

51 - Observações		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante  _____/_____/_____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  _____/_____/_____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  _____/_____/_____

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO DIREITO

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** trauma há 20 dias.

**TÉCNICA DE EXAME:** exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura. Sem a administração do meio de contraste paramagnético (gadolínio) por via intravenosa.

### INTERPRETAÇÃO:

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

Acúmulo de líquido na bursa subacromiodeltóidea, decorrente de defeito no manguito rotador.

Espessamento e alteração de sinal de fibras insercionais da porção cranial do tendão do subescapular, decorrente de tendinopatia, associada a ruptura parcial de permeio.

Ruptura total do tendão do supraespinhal, com envolvimento da porção anterior do infraespinhal.

Alteração de sinal do tendão do infraespinhal, decorrente de tendinopatia, associada a delaminação de fibras da junção miotendínea.

Espessamento e alteração de sinal do tendão da cabeça longa do bíceps, decorrente de tendinopatia.

Destaca-se a do subluxação medial deste tendão do sobre a inserção do subescapular.

Ventres musculares do manguito rotador com trofismo preservado.

Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras

Lábio fibrocartilaginoso da glenoide sem alterações significativas.

Revestimento condral na articulação glenoumeral demonstrando espessura preservada e superfícies regulares.

Não há evidência de derrame articular glenoumeral.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Artropatia degenerativa acromioclavicular.

Acúmulo de líquido na bursa subacromiodeltóidea, decorrente de defeito no manguito rotador.

Tendinopatia do subescapular, associado à ruptura parcial de permeio.

Ruptura total do tendão do supraespinhal, com envolvimento da porção anterior do infraespinhal.

Tendinopatia do infraespinhal, associada a delaminação de fibras da junção miotendínea.

Tendinopatia e subluxação medial da cabeça longa do bíceps.



Dr. Marcelo Pachaly Dalcin  
CRM / RS 34444