

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

000 5 000 000 1 5 0 4 8 8 9

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

EDINETE MARIA FIGUEIRA

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Daniel Ferreira Fernandes Vieira

CRM

19475 PR

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

Corangeli

21 - 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 quimioterápico

28 - Indicação Clínica

E 2 1 2
LESÃO 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

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Item	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-				
02-				
03-	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR		1
04-	30735033	ACROMIOPLASTIA		1
05-	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS		1
06-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA		1
07-		ANCORA jiggerknot C/2 FIOS		3
08-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)		2
09-		RADIOFREQUENCIA monopolar		1
10-		EQUIPO 4 viaS		1
11-		CANULA ARTROSCOPICA		1
12-		AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA		1

TAXA DE VIDEO

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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TFDI 9918

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

10 - Nome

Edineide Maria Figueira

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Osório Motooka

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

246 H

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - 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 quimioterápico

28 - Indicação Clínica

neuropatia mediana @
peleja em fadiga

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M65.3

30 - CID 10 (2) (Opcional)

G56.8

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	31403360	H neuropatia mediana		
02-				
03-				
04-	30731091	fenestração do osso		
05-				
06-				
07-				
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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Carlos Eduardo Motooka
Ortopedia e Traumatologia
CRM PR 21679



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 de gordura.

Relatório:

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

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 3,5 cm.

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

43 3374-0000 ☎ Telefone 📞 WhatsApp

Avenida Bandeirantes, 809 - CEP 86010-020 - Jardim Londrilar - Londrina - Paraná
www.omegadiagnosticos.com.br contato@omegadiagnosticos.com.br

- Ressonância Magnética 1.5T
- Tomografia Computadorizada Multislice
(com até 60% menos radiação)
- Raios-X Digital
- Mamografia Digital
- Ultrassonografia Especializada
- Densitometria Óssea
- Exames Laboratoriais

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. Elísio Vieira Almeida Jr
CRM 9362