

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 0005000002566136	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome Nadia Aparecida do Souto		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unioeste
14 - Nome do Profissional Solicitante Oslyn Moteks	15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número no Conselho 26679	17 - UF PR
18 - Código CBO _____	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Unioeste	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação ____	24 - Regime de Internação ____
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 - Previsão de uso de OPME ____	27 - Previsão de uso de quimioterápico ____

28 - Indicação Clínica

Lesão ligamentar 5º dedo

29 - CID 10 Principal (Opcional) S63	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 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	3072.2489	Legamto plucke	____	____
02- _____			____	____
03- _____			____	____
04- _____		Arco flexível 1,0mm	____	____
05- _____			____	____
06- _____			____	____
07- _____		Fixação externa	____	____
08- _____		ligamento laxo	____	____
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 Oslyn Moteks Ortopedia e Traumatologia CRM/PR: 24679	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

Atendimento: 000003146960
Paciente: NADIA APARECIDA DE SOUZA
Solicitante: CARLOS EDUARDO MOTOOKA

Idade: 63 anos
Data: 23/05/2023
08:01



ULTRASSONOGRAFIA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Relatório:

Espessamento e hipoecogenicidade do ligamento colateral medial da articulação interfalangeana proximal do 5º dedo.


Espessamento, hipoecogenicidade e foco de ruptura parcial da porção proximal do ligamento colateral lateral da articulação interfalangeana proximal do 5º dedo, com sinais de foco de calcificação associada (avulsão periosteal?).

Sinais de hipertrofia sinovial da articulação interfalangeana proximal do 5º dedo.

Opinião:

Estiramento do ligamento colateral medial da articulação interfalangeana proximal do 5º dedo.
Ruptura do ligamento colateral lateral da articulação interfalangeana proximal do 5º dedo.

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. Carlos Eduardo A. Shiguihara
CRM-PR: 22.600
RQE: 18.552