

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>	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 <b>0050000050460621</b>	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome <b>Marcos Luiz S. Bortolin</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde ____

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
-----------------------------------	----------------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>Dr. M. M. Bortolin</b>	15 - Conselho Profissional ____	16 - Número no Conselho <b>21619</b>	17 - UF <b>m</b>	18 - Código CBO _____
--	------------------------------------	---	---------------------	--------------------------

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>União</b>	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

**Lesão tendão flexor profundo do 4º dedo  
luz (5)**

29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>S661</b>	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- _____	<b>3073 M19</b>	<b>flexão plnhe.</b>	<b>01</b>	____
02- _____				
03- _____		<b>ancora flexível 1,0mm</b>	<b>01</b>	____
04- _____				
05- _____				
06- _____		<b>flex panes - conjuntos</b>	<b>01</b>	____
07- _____		<b>recup + reparação tendão</b>		
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 <b>Carlos Eduardo Mutooka</b> Ortopedia e Traumatologia CRM/RP: 21679	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	---	--

Nome: MARCIO LUIZ DA SILVA BARBIERI  
Paciente: 7229957 Data Exame: 15/06/2023

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO DIREITA

### Técnica:

Realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1, T2 e DP.

### Análise:

Rotura completa do tendão flexor profundo do quarto dedo, próximo a sua inserção na falange distal, com dilacerações e retrações dos cotos, evidenciando *gap* de aproximadamente 2,7 cm, com coto proximal do nível da base da falange média. Nota-se ainda edema e pequenas delaminações líquidas nas partes moles adjacentes e interpostas, sem evidência de coleções.

Demais estruturas musculotendíneas de aspecto habitual.

Placas volares, polias e demais estruturas ligamentares íntegras.

Espaços articulares preservados, sem derrame significativo ou sinais de sinovite.

Estruturas ósseas com morfologias, intensidades de sinais e alinhamentos normais.

Feixes neurovasculares sem alterações detectáveis ao método.

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

### Conclusão:

Rotura completa do tendão flexor profundo do quarto dedo.



Marcelo Garcia Marini  
27505-PR