

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 CEZAR JOSÉ FUGANI JR		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado Solicitante

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 _____	

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 U	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

• osteomielite de osso longo esquerdo  
• Bursite olecrânica infectada  
• Retração crônica do cotovelo

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 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	3010175-1	Retração crônica membro superior	____	____
02- _____	3072012-5	osteomielite de osso	____	____
03- _____	3071912-7	Bursite olecrânica	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	_____	____	____
06- _____	_____	1 axerto onthos brack.	____	____
07- _____	_____	2 fios de alta resistência	____	____
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 _____		

*Dr. Bruno Bosio*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 32201 - TEOT 15190  
Av. Bandeirantes, 460  
Tel.: 3379-2200

**Paciente: CEZAR JOSE FUGANTI JUNIOR**

**Idade: 71 anos      Sexo: Masculino**

**Data Nasc.: 30/08/1951**

**Dr.(a): PHILIPPE Q BELLINATI - CRM/PR 32304**

**ID: 622969**

**Data/Hora Exame: 14/01/2023 11h45**

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO ESQUERDO

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** osteomielite do cotovelo após bursite infectada.

**TÉCNICA DE EXAME:** Exame realizado em aparelho de alto campo com técnica Spin-Echo, nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1 e T2, com e sem saturação de gordura. Foi administrado meio de contraste paramagnético (gadolínio) por via intravenosa. Colocado marcador no local da queixa clínica do paciente.

### INTERPRETAÇÃO:

Identificam-se sinais de manipulação cirúrgica na região olecraniana do cotovelo esquerdo, notando-se irregularidade de contornos dos tecidos moles cutâneos e subcutâneos, de aspecto fibrocicatricial, assim como modificação de sinal linear intramedular no olécrano da ulna.

Moderado espessamento e alteração de sinal de partes moles adjacentes ao olécrano ulnar, notando-se a formação de coleção líquida anfractuosa e com impregnação periférica em partes moles superficiais, medindo aproximadamente 1,7 x 1,0 x 1,0 cm, apresentando orifício de exteriorização cutânea posterior e relação de proximidade / contato com o olécrano ulnar. Adicionalmente, se observam áreas de irregularidade de contornos ósseos corticais acompanhados de edema e impregnação medular no olécrano da ulna, que poderiam estar relacionados a osteíte reativa ou mesmo inflamatória-infecciosa. Necessária correlação clínico-laboratorial. Também se observa importante espessamento e alteração de sinal das fibras da inserção distal do tendão tricipital, compatível com tendinopatia insercional, inclusive com áreas focais intrassubstanciais líquidas que poderiam corresponder a focos de ruptura parcial.

Presença de pequeno volume de derrame articular.

Demais estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.

Estruturas ligamentares íntegras.

Tendões comuns dos flexores e extensores têm espessura e intensidade de sinal preservados.

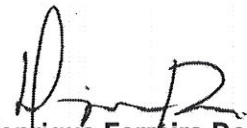
Tendões do bíceps e braquial íntegros.

Demais estruturas musculares com intensidade de sinal e trofismo preservado.

**Interpretado por:**

  
**Dr. Guilherme Jaquet Ribeiro**  
CRM / RS 33456

**Diretor Técnico:**

  
**Dr. Henrique Ferreira Dos Reis**  
CRM / PR 29746