



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS <b>343269</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>000 5 000 000 1912642</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
10 - Nome <b>MARILUCIA DAL ROSS SAMARA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA</b>			15 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		16 - Número do Conselho <b>19475 PR</b>
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 de Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Internação <b>1</b>	24 - Regime de internação <b>2</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica <b>E</b> <b>LESÃO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO</b> <b>SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA</b> <b>TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA</b> <b>ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO CLAVICULA</b>					
29-CID10 Principal (opcional) <b>M75.1</b>		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
32-CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solc.	38 - Qtde. Aut.	
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>30735033 ACROMIOPLASTIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ANCORA jiggerknot C/2 FIOS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>RADIOFREQUENCIA monopolar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>EQUIPO 4 viaS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CANULA ARTROSCOPICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>10/11/2012</b>		40 - Qtde. Diárias Autorizadas <b>2272</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado			44 - Código CNES
45 - Observação					
46 - Data da Solicitação <b>10/11/2012</b>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <b>Dr. Daniel F. F. Vieira</b> Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 9918		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					



Atendimento: 000004079175

Paciente: MARILUCIA DAL ROSS SAMARA

Solicitante: DANIEL FERREIRA FERNANDES  
VIEIRA

Credenciais de acesso aos laudos e imagens pelo site:

Protocolo: 000004079175 Senha: 50328481

www.omegadiagnosticos.com.br

Idade: 57 anos

Nasc.: 25/12/1966

Data: 23/04/2024  
19:10

## 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 caracterizada por osteófitos marginais que se associam a afilamento condral com espessamento e edema capsuloligamentar, sem desalinhamento.

Acrômio retilíneo com inclinação lateral inferior.

Tendinopatia do supraespinhal e do infraespinhal com rotura transfixante na transição dos tendões, se estendendo por até 1,2 cm, com retração do coto tendíneo em 0,9 cm.

Tendinopatia do cabo longo do bíceps, sem roturas.

Lábio da glenóide com morfologia e sinal habituais.

Bursite subacromial/subdeltóidea e subcoracoide.

Superfícies condrais glenoumerais mantidas.

Volumoso derrame articular glenoumeral com sinovite.

Ventres musculares tróficos.

### Impressão Diagnóstica:

Artropatia degenerativa acromioclavicular.


Tendinopatia do supraespinhal e do infraespinhal com rotura transfixante na transição dos tendões.

Tendinopatia do cabo longo do bíceps sem rotura transfixante.

Bursite subacromial/subdeltóidea e subcoracoide.

Volumoso derrame articular glenoumeral com sinovite.

A Ômega Diagnósticos respeita o meio ambiente e incentiva o consumo consciente de papel.  
Em seu próximo exame, escolha o LAUDO DIGITAL e acesse os resultados e as imagens  
em nosso site: [www.omegadiagnosticos.com.br](http://www.omegadiagnosticos.com.br)

  
**Dr. Fernando Lukenczuk**  
CRM-PR: 35.657  
RQE: 28.930

43 3374-0000 ☎ Telefone 📞 WhatsApp

Avenida Bandeirantes, 809 - CEP 86010-020 - Jardim Londrilar - Londrina - Paraná

[www.omegadiagnosticos.com.br](http://www.omegadiagnosticos.com.br) [contato@omegadiagnosticos.com.br](mailto: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