

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

005 000 000 38 544 37

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Irone Orlando Monstice

**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

ISCAL (Santa Casa de Londrina)

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter de Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Dor no quadril direito: exame de Röntgen e  
resonância sugeridos de infecção e  
solução do prótese

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M16.9

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	3072427-9	Revisão de autoplastia do quadril	01	
02	3072423-6	Extensão trocânteria	01	
03				
04		prótese acetabular unitária		
05		linhas em polietileno crosslink		
06		prótese femoral de reiss/Wagner		
07		nos comutador		
08		coxa em cerâmica		
09		coxa de aço	03	
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

\* necessário do EXPLANT

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional

Dr. Mauricio R. Miyasaka  
CRM 24.650

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Amabatarelli

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: IVONE ORLANDINI MAROSTICA  
Paciente: 7651836 Data Exame: 30/10/2023

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL DIREITO

### Técnica de exame:

Realizadas sequências ponderadas em T1, T2 e STIR MAVRIC.

### Análise:

Artroplastia total do quadril direito com prótese metálica que gera artefatos de susceptibilidade magnética, prejudicando parcialmente a análise. Pequena ossificação de 1,4 cm nas partes moles superiormente ao trocanter maior.  
Grande coleção líquida nas partes moles profundas adjacentes ao trocanter femoral maior se estendendo até o nível da diáfise proximal, medindo 10,0 x 5,6 x 1,9 cm.  
Coleção líquida intrassubstancial no ventre muscular do iliopsoas ao nível da articulação do quadril medindo cerca de 5,8 x 1,4 x 0,9 cm.  
Acentuada tendinopatia do glúteo mínimo, que se apresenta difusamente afilado, com leve hipotrofia do ventre muscular.  
Moderada tendinopatia do glúteo médio, sem roturas.  
Demais estruturas ósseas e planos miotendíneos passíveis de análise sem alterações significativas.  
Feixes neurovasculares sem alterações.  
Ausência de processos expansivos sólidos na região examinada.

### Conclusão:

Artroplastia total do quadril direito com prótese metálica que gera artefatos de susceptibilidade magnética, prejudicando parcialmente a análise. Pequena ossificação nas partes moles superiormente ao trocanter maior.  
Grande coleção líquida nas partes moles profundas adjacentes ao trocanter femoral maior se estendendo até o nível da diáfise proximal.  
Coleção líquida intrassubstancial no ventre muscular do iliopsoas ao nível da articulação do quadril.  
Acentuada tendinopatia do glúteo mínimo, que se apresenta difusamente afilado, com leve hipotrofia do ventre muscular.  
Moderada tendinopatia do glúteo médio.



Rafael Ogasawara Ferreira  
26959-PR

Apucarana	4000-1457	4000-1457	Cambe	4000-1457	4000-1457
Arapongas	43 3011-0003	43 99629-4569	Curitiba	41 3312-1300	41 99970-2424





ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA  
AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 560 - JARDIM PRESIDENTE  
LONDRINA - PR - 86062000  
CNPJ: 03.664.933/0001-71 E-mail: Fone: (43)3327-3636

Orçamento  
171266

Para: UNIMED DE LONDRINA - SOC. COOP. DE TRABALHO MEDICO  
A/C: ROSANA BERNARDINO  
Paciente: IVONE ORLANDINI  
Médico: MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI  
Hospital: ISCAL  
Convênio: UNIMED LONDRINA  
Representante: ART

Emissão: 27/11/2023  
O.C:  
Cirurgia: A definir  
Aviso:  
Matrícula:

### ORÇAMENTO DE MATERIAL CIRÚRGICO

Qtd	Referência	Cód. TUSS	Descrição	Marca	RMS	Validade	Vi. Un.	Vi. Total
1	01.00101.915	N/C	HASTE DE REVISÃO SL WAGNER COMP. 190 MM DIAM. 15 MM	ZIMMER - Importado	80044680371	22/05/2026	11.500,00	11.500,00
1	00-6202-048-22	N/C	COMPONENTE ACETABULAR METAL TRABECULA R EM TANTALO CLUSTER 48MM	ZIMMER - Importado	80044680289	29/06/2024	10.800,00	10.800,00
1	489405010	N/C	CUNHA MEIA LUA TANTALO 50X10MM	ZIMMER - Importado	80044680289	29/06/2024	9.800,00	9.800,00
1	00-8752-009-32	N/C	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO LINER CROSSLKD ELEVADO - 50 HH X 32 Cod. Conv: 73983683	ZIMMER - Importado	80044680259	22/04/2028	935,00	935,00
1	00-8775-032-03	N/C	CABECA BIOLOX DELTA 12/14 32 X +3,5 Cod. Conv: 74004018	ZIMMER - Importado	80044680330	29/07/2033	3.740,00	3.740,00
3	1031	N/C	CABO DE CERCLAGEM COM PRESILHA	ORTOSINTESE - Nacional	10223710073	13/08/2027	209,00	627,00
Total da Proposta:							37.402,00	

#### Observação:

#### Demais Condições

Cond. Pagto: UNIMED

Validade Orçamento: Até 27/12/2023. Vencido este prazo, os preços poderão ser reajustados.

Atenciosamente

ALESSANDRA G. GONCALVES MONTEIRO

Impresso em: 27/11/2023 09:08:08

ARTHROM - AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 580  
JARDIM PRESIDENTE - LONDRINA - PR - CEP: 86062000 - Fone: (43)3327-3636