

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN		50 - Nome Social	
10 - Nome Deyane M. Costa			
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	
19 - Código na Operadora / CNPJ			
20 - Nome do Hospital/Local Solicitado HCL			
21 - Data sugerida para internação			
22 - Caráter do Atendimento		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qrde, Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica fa com Nivologia com oligomúsculo para com o atendimento			
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 ocupacional)			
34 - Tabela			
35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
36 - Descrição			
37 - Qrde Aut			
38 - Data Provável da Admissão Hospitalar			
39 - Qrde, Diárias Autorizadas			
40 - Tipo da Acomodação Autorizada			
41 - Nome do Hospital / Local Autorizado			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado			
43 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante			
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Dr. Rafael B. de A. O.  
Especialidade: Nefrologia  
CRM/PR 28809  
TEOT 144 (Mada)

Paciente: DAIANE MENDES CASTRO  
Data do nascimento: 22/10/1985  
Data do exame: 22/01/2024

**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO**

Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Imagem laminar, radiopaca, projetada em pares moles ao nível do tendão calcâneo (calcificações grosseiras?).

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

**RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR



Observações:  
• O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para autorização do tratamento.

Médico responsável:		Assinatura e carimbo do médico	
Local		Data	
Cidade:		CEP:	Telefone: ( )
Endereço:			
CRM:			
Paciente:		Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Documento de identidade:		Documento de identidade do responsável legal:	
Endereço:		Responsável Legal (quando for o caso):	
Cidade:		CEP:	Telefone: ( )
Documento de identidade:		Sexo:	Idade:

Autorizo a Unimed Londrina a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Fui também informado (a) de que este medicamento não tem por objetivo a cura da doença que originou a espasticidade. Conforme a marca comercial utilizada, a dose da toxina botulínica pode ser ajustada e devo procurar orientação do médico em caso de dúvida.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações/potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

- os riscos na gravidez ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico (se paciente do sexo feminino e em idade fértil);
- o principal efeito desagradável é dor no local de aplicação da injeção;
- os efeitos adversos são pouco frequentes (estimativa de que a cada 100 pacientes que recebem o medicamento apenas três terão algum tipo de reação). Já foram relatados fraqueza, náuseas, coceira, dor de cabeça, alergias na pele, mal-estar geral, febre, dor no corpo.

Dr. Rafael Beletato  
Ortopedia e Traumatologia  
Especialidade - Pé e Tornozelo  
CRM/PR 28806/ TEOT 14425

- melhora da atividade funcional (locomomoção, atividades diárias);
- prevenção de contração e deformidades nas articulações (juntas); diminuição da dor;
- facilitação no uso de órteses e realização dos cuidados de higiene;
- diminuição da frequência e severidade dos espasmos;
- redução do uso de medicamentos antiespásticos;
- redução do número de procedimentos de reabilitação.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento prescrito pode trazer as seguintes melhoras:

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico de espasticidade.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente ou seu responsável legal), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de toxina botulínica tipo A, indicado para o tratamento de espasticidade.

Dr. Rafael Beltrão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 28886

Data

08/02/24

MMSS - MEMBROS SUPERIORES: PM - PEITORAL MAIOR; BR - BRAQUIORADIAL; PR - PRONADOR REDONDO; PQ - PRONADOR QUADRADO; FRC - FLEXOR RADIAL DO CARPO; FUC - FLEXOR ULNAR DO CARPO; FSD - FLEXOR SUPERFICIAL DOS DEDOS; FDP - FLEXOR PROFUNDO DOS DEDOS; FLP - FLEXOR LONGO POLEGAR; FCP - FLEXOR CURTO DO POLEGAR; AP - ADUTOR DO POLEGAR; MMII - MEMBROS INFERIORES: GA - GASTROCNEMIO; SO - SOLEO; AD - ADUTORES; RA - RETO ANTERIOR; TP - TIBIAL POSTERIOR; TA - TIBIAL ANTERIOR; ITM - ISQUIOTIBIAIS MEDIAIS: GMI - GLÚTEO MÍNIMO; GME - GLÚTEO MÉDIO

MEDIA POR KG	PESO DO INDIVÍDUO	TOTAL DE UNIDADES SUPERIOR E INFERIOR	DOSE TOTAL NO MEMBRO SUPERIOR	DOSE TOTAL NO MEMBRO INFERIOR	GMI	GME	ITM	TA	TP	RA	AD	SO	GA
	70	200						4	4			4	4
								20	20			30	30
MMII													
AP													
FCP													
FLP		4							20				
FPD		4							15				
FSD		4							15				
FUC		4							15				
FRC		4							15				
PQ													
PR													
BR		4							20				
PM													

BLOQUEIOS	PRIMEIRA APLICAÇÃO	SEGUNDA APLICAÇÃO	TERCEIRA APLICAÇÃO	QUARTA APLICAÇÃO
DATA REALIZAÇÃO	08/02/24			
DOSE	DOSE	DOSE	DOSE	DOSE
ASHWORTH	ASHWORTH	ASHWORTH	ASHWORTH	ASHWORTH

ESCALA DE ASHWORTH, PRACTITIONER, 192;S40-42, 1964  
0 - Tônus Muscular Normal  
1 - Discreto Aumento do Tônus Muscular, Resistência Aumentada no Final Movimento da Articulação.  
2 - Moderado Aumento do Tônus Muscular  
3 - Aumento Acentuado do Tônus Muscular  
4 - Rigidez Em Flexão ou Extensão

Preencher quadro abaixo de acordo com a escala de Ashworth e dose em U por músculo:

Reconhecimento da região a ser aplicada a toxina botulínica:

Deficit físico ( hemi, para, mono, tetra, diplegia) e lado acometido:

\*Só incluir taxa de sala e honorário de anestesia se realizada em hospital com descrição do anestesta.

Centro de Aplicação de Medicamentos Unimed ou local autorizado, pela vigilância sanitária, para pequenos procedimentos.

☐ COM ANESTESIA LOCAL: AMBITO AMBULATORIAL - UNIDADE REFERENCIADA PELA UNIMED

Necessidade de anestesia: ☐ Sedação ☒ Anestesia Geral - *Dr. Rafael Beltrão*  
Crianças: utilização de emlia creme (lidocaína/prilocalina 25/25 mg/g anestésico tópico para anestesia superficial).

☒ COM ANESTESIA: AMBITO HOSPITALAR

APLICAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA:

Nome: *Rafael M. Beltrão* Droga: *Botox* Diluição: *1:1*

Dados do médico solicitante

Nome:

*Dayane Mendes Costa*

Idade: *38*

Peso: *70*

Dados do paciente

## RELATÓRIO PADRONIZADO DE SOLICITAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA PARA TRATAMENTO DE ESPASTICIDADE