Logo da Empresa	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO	2-N° 123456789012 93425214
1 - Registro ANS  3 - Data da Solicitação  L	4 - Senha (quando se aplica) 5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
7-Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante  11 - Cédigo do Contratado na Operadois	12 - Nome do Contratado	
13 - Nome do Profissional Solicitante		Número no Conselho   16 - UF   17 - Código CBO S
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		
18- Código do Contratado Solicitado na Operadora  21 - Caráter da Internação 22-Tipo d	19 - Nome do Hospital/Clínica	20 - Data sugerida p/ Internação
LE LE Fletiva II - Urgencia/Emergencia	- Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 25 - Indiceção Clinice	0121	
COXARTROSE QUADRIL COM DOR	R REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E L	IMITACAO FUNCAO DO PACIENTE
Hipóteses Diagnósticas  26-Tipo Doença  27-Tempo de Doença Refe	erida pelo Paciente 28 - Indicação de Acidente	
	nos M-Meses D-Dias 0 - Acidente ou doença relacionada ao Tra D 10 (3) 32 - CID 10 (4)	balho 1 - Trânsito 2 - Outros 9 - Não se aplica
Procedimentos Solicitados  33-Tabela 34-Código do Procedimento  1-1 1 13 10 17 12 1 4 10 15 1 - 18 1	- Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL; QUALQUER TECNIC	36 - Qtde, Solict 37 - Qtde, Aut CA OU VERSAO
3-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	PROTESE TOTAL DE QUADRIL NAO CIMENTADA:	
5-1	ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED	
8-1111111111	HASTE FEMUR NAO CIMENTADO  CABECA FEMORAL CERAMICA  02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL	
	STATE OF THE STATE	
Land to the second of the seco	Diarias Autorizadas  40 - Tipo da Acomodação Autorizada	
41 - Código / Registre do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizado	43 - Código CNES
44 - Observação		
- John -		
45-Assinatura do Médico Solicitante CIM	46-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 47-As	ssinatura do Responsável pela Autorização
QUILLER AND ALBO		
ON ORIO CHOTO CHAPPO 314		



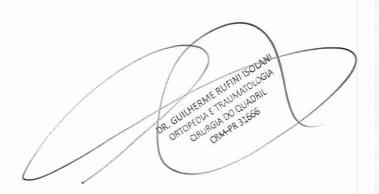
Ao convenio Unimed,

Referente a cirurgia do paciente RUY ANTONIO ROSSI

Comunico a este estimado convenio a minha renuncia ao Honorário Medico de cirurgião que normalmente são pagos pelos serviços prestados aos profissionais da saúde credenciados a este convenio o que faço por razoes de cunho pessoal e por não ser credenciado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,





CRM: 717

Paciente: RUY ANTONIO ROSSI

Idade: 69 anos

Sexo: Masculino

ID: 646384

Data/Hora Exame: 30/11/2023 11h13

Data Nasc.: 28/11/1954

Dr.(a): Matheus Luis Da Silva - CRM/PR 35638

## RADIOGRAFIA DA BACIA E DOS QUADRIS

## Análise:

Artropatia degenerativa nos quadris, mais acentuada à esquerda, caracterizada por redução do espaço articular, esclerose subcondral e osteófitos marginais.

Reação ósteo-hipertrófica na transição cabeça/colo femoral bilateral.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

Dra. Luana Reinstein CRM-PR 34916 / RQE 25972

1 de 1

Diretor Técnico: Dr. Henrique Ferreira Dos Reis - CRM 29746 PR





Nome Paciente:

**RUY ANTONIO ROSSI** 

Data Nasc.:

28/11/1954

Data Exame:

30/11/2023 Médico Solicitante: DR. MATHEUS LUIS DA SILVA ld: 31923

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Metodologia: foram adquiridas sequências ponderadas em T1 e T2 em múltiplos planos.

## Os seguintes aspectos foram observados:

Discreta atitude escoliótica da coluna lombar, com convexidade para a esquerda.

Corpos vertebrais alinhados e com altura preservada, apresentando osteófitos marginais.

Imagens que sugerem depósitos focais de gordura ou hemangiomas nos corpos vertebrais L1 e L2.

Alterações degenerativas, com irregularidade dos platôs vertebrais.

Nódulos de Schmorl nos platôs vertebrais de L4, L5 e S1.

Artrose das articulações interfacetárias que estão irregulares, hipertrofiadas e com redução da amplitude articular. Alterações degenerativas nos espaços interespinhosos.

Desidratação dos discos intervertebrais.

Redução da altura dos discos intervertebrais, principalmente em L4/L5 e L5/S1.

Imagem que sugere gás no espaço discal L5/S1, relacionado à discopatia degenerativa.

Discos intervertebrais L1/L2 e L2/L3 com protrusão difusa da margem posterior, determinando impressão na face ventral do saco dural.

Disco intervertebral L3/L4 com protrusão difusa da margem posterior, determinando impressão na face ventral do saco dural e reduzindo parcialmente a amplitude da porção inferior dos forames neurais, principalmente do lado direito, onde toca a raiz neural emergente de L3.

Disco intervertebral L4/L5 com protrusão difusa da margem posterior, determinando impressão na face ventral do saco dural e reduzindo as dimensões do canal vertebral e dos forames neurais, bem como dos recessos laterais, entrando em conflito com as raízes neurais emergentes de L4 e descendentes de L5.

Disco intervertebral L5/S1 com protrusão difusa da margem posterior, determinando impressão na face ventral do saco dural e reduzindo a amplitude do canal vertebral e dos forames neurais, entrando em conflito com as raízes neurais emergentes de L5.

Fissura das fibras externas do anel fibroso em quase todos os níveis.

Os pedículos têm aspecto curto e, associados às protrusões discais, à artrose interfacetária e à hipertrofia dos ligamentos amarelos, determinam estenose do canal vertebral em até 60%, mais significativo no nível L4/L5. Alterações degenerativas nos espaços interespinhosos.

Cone medular tópico e com aspecto anatômico.

Lipossubstituição da musculatura paravertebral posterior.

#### Impressão diagnóstica:

Espondilodiscoartrose.

Protrusões / hérnias discais em todos os níveis, mais significativa no nível L4/L5.

Estenose do canal vertebral e dos forames neurais.

Dr. FABIO FERREIRA LEHMANN CRM PR 15519 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

Dr. MARCUS VINICIUS GUSMAO CABRAL CRM PR 16325 RQE - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem

# DECLARAÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS OU CIRURGIÃO DENTISTA



Eu, RUY ANTONIO ROSSI, portador do CPF 235.664.939-53, com cédula de identidade nº 1.481.294-6, devidamente matriculado na Unimed do Estado do Paraná por meio do número do cartão de identificação: 9750000018264215.

Declaro para os devidos fins que, por livre e espontânea vontade, decidi realizar na data 12/2023, o seguinte procedimento: ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRURGICO, com código em tabela CBHPM: 30724058com profissional particular e equipe por ele indicada (incluindo tais como anestesista, auxiliares, instrumentador, intensivista, pediatra e etc.). Por esse motivo, declaro que suportarei e assumirei, integralmente, todas as despesas referentes aos profissionais médicos contratados de forma particular que não façam parte da rede credenciada / cooperada / contratualizada da Unimed Londrina, tendo total ciência de que não receberei nenhum tipo de reembolso referente ao procedimento realizado e se houver necessidade de realizar algum outro procedimento/tratamento decorrente do procedimento solicitado, eu assumirei a continuidade dos pagamentos dos honorários médicos de forma particular, se o médico/recurso, não pertencer a Rede Contratada / Credenciada da Unimed. Por fim, isento a Unimed Londrina e Unimed do Estado do Paraná de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer honorários cobrados em caráter particular.

Londrina, 07 de Dezembro de 2023.

Assinatura

Código: RQU.ATD.010	Versão: 3	Data da criação: 01.12.2017	Data da versão: 17.11.2022
Elaborado por: BKF- Magda	Revisado por: GPD-	Aprovado por: ATD- Marcia Casarini	Data da próxima revisão: 09.11.2024