

SABIN MEDICINA DIAGNÓSTICA - ORDEM DE SERVIÇO

870-67474-18346

O.S.: 870-67474-18346
Paciente: 4838600 LARISSA DIAS PRATA LACERDA
Telefone: (34)33116850
Convênio: UBA-IMG UNIMED LOCAL (130002)
Médico: ROLF CARVALHO LARA
CPF: 05395441670

Data / Hora: 26/09/2025 - 15:11:25
Data de Nasc.: 15/04/1982
Idade: 43 anos, 5 meses, 11 dias
Sexo: F
Atendente: JESSICA AMARAL FERREIRA

EXAMES AGENDADOS

TCABS
Peso: 69,00

AGENDA
Tomografia - Matriz Cru
Altura: 1,61

DATA/HORA AGENDAMENTO
26/09/2025 às 15:40:00

EXAMES CADASTRADOS

TCABT - TOMOGRAFIA ABDOME TOTAL

PRAZO DE ENTREGA
01/10/2025 - 16:30:00

Pergunta:

Medicamentos em uso:(TCABT)

Resposta:

SYNTHROID, ZEMPASS, ESCITALOPRAM, COLI MAX OZEMPIC

Pergunta:

Observações para o exame:(TCABT)

Resposta:

Pergunta:

Data da última menstruação?(TCABT)

Resposta:

19/09/2025

Pergunta:

Peso em kilogramas (somente números):(TCABT)

Resposta:

65

Pergunta:

Altura em metros (somente números):(TCABT)

Resposta:

1,70

Pergunta:

Trouxe exames anteriores relacionados a região a ser avaliada?(TCABT)

Resposta:

Sim

Pergunta:

CIDADE RESIDÊNCIA:

Resposta:

-



Ambiente PRODUCAO >> Principal > SADT



Usuário: STEPHANY DE MORAIS FRANKLIN DA SILVA [SAIR]

Principal

Alterar dados

Autorizador

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Guia número: 70030921024**Solicitação de Procedimento / SADT****1 - Registro ANS (*)**

354066

5 - Senha:**3 - Nº Guia Principal**

70030920881

4 - Data de Autorização

26/09/2025

6 - Data Val. Senha

26/09/2025

7 - Nr. atribuído pela Operadora (*)

70030921024

Dados do Beneficiário**8 - Número da Carteira (*)**

00210039016331017

9 - Val. da Carteira

30/09/2026

10 - Nome (*)

LARISSA DIAS PRATA

11 - Cartão Nacional de Saúde

700500979528151

12 - Atendimento RN

Não

Dados do Contratado Solicitante**13 - Cód. na Operadora (*)**

110581

14 - Nome do Contratado (*)

ROLF CARVALHO LARA

15 - Nome do Solicitante (*)

ROLF CARVALHO LARA

16 - Cons. Prof. (*)

CRM

17 - Nº Cons. (*)

27394

18 - UF (*)

MG

19 - CBO**20 - Ass. prof. Sol.****Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados****21 - Caráter do Atendimento (*)****22 - Data e Hora do Atendimento**

26/09/2025 15:06

23 - Indicação Clínica / Observação: (*)

CISTITE TC COM CONTRASTE

24 - Tabela**25 - Cód.Proc.**

04

41001095

26 - Descrição

TC - ABDOME TOTAL ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPERITÁ NIO

27 - Qt.Solic.

1

28 - Qt.Autor.

1

Situação**AUTORIZADO**

LEMBRAMOS QUE QUALQUER AUTORIZAÇÃO ESTÁ SUJEITA À AUDITORIA PÓS, SEJA UNIMED UBERABA (LOCAL) OU INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Executante**29 - Cód. na Operadora**

130002

30 - Nome do Contratado

CLIN. RAD. DR. WANDIR F. DE SOUSA

31 - CNES**Dados do Atendimento****32 - Tipo Atendimento**

05

91 - Regime de Atendimento

Ambulatorial

33 - Indicação de Acidente

9 - Não acidente

34 - Tipo Consulta**35 - Mot. encerramento****Procedimentos e Exames realizados****36 - Data**

26/09/2025

37 - Hora Inicial

15:06

38 - Hora Final

15:06

39 - Tabela

04

40 - Cód. do Proc.

41001095

41 - Descrição

TC - ABDOME TOTAL ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPERITÁ NIO

42 - Qtde.

1

43 - Via

U

44 - Tec.

C

45 - Fator Red/Acres.**46 - Valor Unitário - R\$****47 - Valor Total - R\$****Situação****AUTORIZADO**

LEMBRAMOS QUE QUALQUER AUTORIZAÇÃO ESTÁ SUJEITA À AUDITORIA PÓS, SEJA UNIMED UBERABA (LOCAL) OU INTERCÂMBIO

QUESTIONÁRIO PARA EXAME DE ABDOME E PELVE

 Nome do paciente: Barbara Ilias Prata Bacunha

 Data de nascimento: 15 / 04 / 82 OS: 870-67474-18316
 () Ressonância Magnética (X) Tomografia Computadorizada

- 1) Qual o motivo do exame? Dúca amarga, vomito áles a 4 dias
 Relate os sintomas:
Torco peritoneal a 2 dias.
- 2) Sente algum dos seguintes sintomas:
 (X) Dor Há quanto tempo? 1 mês Em qual região? de cabeça frontal
 () Febre Há quanto tempo?
 (X) Vômito Há quanto tempo? 1 dia
 () Sangue na urina Há quanto tempo?
 () Constipação intestinal Há quanto tempo?
 () Perda de peso Quantos quilos?
- 3) Já fez alguma cirurgia no abdome ou na pelve?
 () Não (X) Sim Qual? Apendicite, Vesícula Há quanto tempo? 2 anos
- 4) Apresenta colostomia? () Sim (X) Não 2 cesáreas.
- 5) Tem histórico de câncer ou tumor? (X) Não
 () Sim Qual? _____ Que tratamento fez?
 Há quanto tempo? _____
- Realiza ou já realizou quimioterapia? () Sim () Não
- 6) Já apresentou alterações no abdome/pelve ou patologias citadas abaixo:
 (X) Pâncreas () Fígado () Endometriose () Intestino /Diverticulite
 (X) Vesícula (X) Apendicite () Cálculo renal/ Pedra nos rins () Cólica renal
 Outros: _____
- 7) Trouxe exames anteriores para análise e/ou comparação? (X) Sim () Não
- 8) Já fez exames anteriores no Sabin?
 () Raios X (X) Ultrassom (Ecografia)
 () Ressonância Magnética () Tomografia Computadorizada
- 9) Você tem alergia ao medicamento Buscopan? (X) Não () Sim () Não sei informar

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS.

ASSINATURA DO PACIENTE /RESPONSÁVEL:

 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º 11.985.411

GRAU DE PARENTESCO:

Barbara Ilias Prata Bacunha, 26 de setembro de 2025

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DAS INFORMAÇÕES:

Danielle Lopes da Silva
 COREN-MG 1095047 - TE

**QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USO DE
CONTRASTE IODADO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

NOME DO PACIENTE:	<i>Barbara Dias Pinto Saadra</i>		
DATA DE NASCIMENTO:	15/04/82	ID / OS:	<i>870.674-74-18346</i>
PESO:	<i>69kg</i>	ALTURA:	<i>1,69</i>

ESTE QUESTIONÁRIO TEM POR OBJETIVO IDENTIFICAR PACIENTES ALÉRGICOS, POTENCIALMENTE ALÉRGICOS OU COM DOENÇA PRÉVIA, QUE AO REALIZAR UM ESTUDO RADIOLÓGICO, NECESSITEM UTILIZAR CONTRASTE IODADO E QUE EVENTUALMENTE VENHAM PRECISAR DE PREPARO E ATENDIMENTOS ESPECIAIS.

- 1) Você já utilizou contraste iodado em exames de Tomografia Computadorizada, Urografia Excretora, Cateterismo Cardíaco, Arteriografia, Colecistograma Oral ou Colangiografia Endovenosa?
 Sim Não Não sei
- 2) Você está fazendo uso de algum medicamento?
 Não Sim Qual ou quais? *Hydroxide 112, Zypam 10/10, Espan 10*
- 3) Você já apresentou alergia a algum medicamento?
 Não Sim Iodo Penicilina Sulfa Corticoide
 Contraste Outros: _____
- 4) Você já apresentou alergia a alimentos?
 Não Sim Camarão Frutos do mar Peixes
 Outros: _____
- 5) Já apresentou algum outro tipo de alergia? Especifique.
Não
- 6) Você apresenta asma ou bronquite?
 Sim Não Não sei
- 7) Você é diabético? Usa hipoglicemiente oral?
 Sim Não Não sei
- 8) Você apresenta doença cardíaca?
 Sim Não Não sei
- 9) Você tem insuficiência renal?
 Sim Não Não sei
- 10) Você tem hipertensão arterial (pressão alta)?
 Sim Não Não sei
- 11) Você está grávida? Sim Não Não sei Qual a data da última menstruação: */ /*
- 12) O médico solicitante indicou preferência por algum médico laudista específico para a realização do seu exame?
 Não Sim Se Sim, por favor, informe o nome do profissional: _____
A Clínica avaliará a possibilidade de atender à solicitação, considerando a especialidade e a disponibilidade do médico indicado.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Os meios de contraste iodado são substâncias radiodensas capazes de melhorar a definição das imagens obtidas em exames radiográficos. Estou ciente que o uso do contraste intravenoso é muitas vezes necessário e decisivo no diagnóstico de algumas doenças, pois permite diferenciar estruturas normais de patológicas, caracterizar processos inflamatórios, infeciosos, tumorais, além de melhorar a visualização dos vasos sanguíneos. As indicações para o uso do contraste dependem da suspeita clínica, do exame a ser realizado e de alterações que possam surgir durante a aquisição das imagens.

- O uso do contraste iodado é considerado um procedimento seguro e suas reações adversas são raras. A maioria dos pacientes não apresenta efeitos colaterais ou complicações em decorrência do seu uso.
- Estou ciente, entretanto, que existe um risco mínimo como em qualquer procedimento médico. Durante a injeção do contraste o paciente pode experimentar uma reação leve como sensação de calor, náusea ou vômito. Alguns poucos pacientes têm reação do tipo alérgica que pode incluir coceira / urticária, inchaço nos olhos ou nos lábios, espirros, tosse ou, raramente, dificuldade para respirar. Nesses casos, se necessário, poderá ser administrada medicação para reverter essas reações. Excepcionalmente, podem ocorrer insuficiência renal e problemas cardiorrespiratórios (incidência de 1 caso para 100.000 – 400.000 exames realizados), ocasiões em que são tomadas condutas imediatas como atendimento médico e administração de medicamentos necessários.

Li, comprehendi e autorizo que a equipe da Unidade de Imagem realize o procedimento da forma como foi exposto nesse termo de esclarecimento e assumo total responsabilidade pelas informações prestadas no QUESTIONÁRIO para realização do exame, anexa a esse termo.

- Autorizo a utilização do contraste iodado.
- Não autorizo a utilização do contraste iodado.

Obs: Em caso de gravidez, confirmada ou suspeita, comunicar a nossa equipe antes do exame.

ASSINATURA DO PACIENTE /RESPONSÁVEL:	Barbara Dias Ratto Bacurau		
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º	11.985.411	GRAU DE PARENTESCO:	
Iherabau, 26 de Setembro de 2025			
COLABORADOR RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DAS INFORMAÇÕES:			

Nome: LARISSA DIAS PRATA LACERDA
Data de Nascimento: 15/04/1982
Registro: 376368
Data: 25/09/2025
Solicitação: DR(a). NAIRA REZENDE MACIEL

Tomografia Computadorizada de Abdome Total
Aquisição de imagens do abdome total sem administração de contraste endovenoso.

Achados:

1. Fígado de volume, contornos e densidade normais, sem evidência de lesões focais.
2. Veias porta e supra-hepáticas périvas e de calibre preservado.
3. Não se observa dilatação das vias biliares intra ou extra-hepática.
4. Ausência cirúrgica da vesícula biliar.
5. Baço de volume e impregnação usuais.
6. Pâncreas de morfologia e volume normais.
7. Adrenais de densidade e volume normais.
8. Rins em topografia usual, de volume, densidade e contornos normais, com espessura parenquimatosa preservada.
9. Microcálculo renal não obstrutivo com 0.3 cm no rim esquerdo.
10. Cavidades pielocalcinais e ureteres sem alterações.
11. Aorta abdominal de calibre e topografia habituais.
12. Veia cava inferior de aspecto anatômico.
13. Bexiga com boa repleção, com focos de gás junto a parede anterior.
14. Não há evidência de linfonodomegalias ou líquido livre na cavidade abdominal.

Comentários:

- Cistite enfisematosas.
- Microlitíase renal não obstrutiva à esquerda.



Dr. Felipe Sebastião de Melo Branco
CRM-MG 75904

