

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

Unimed
Uberaba

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

 6 - Data Val. Senha
26/09/2025

 4 - Data de Autorização
26/09/2025

 7 - Nr. atribuído pela Operadora (*)
70030921024

Dados do Beneficiário

 8 - Número da Carteira (*)
00210039016331017

 10 - Nome (*)
LARISSA DIAS PRATA

 9 - Val. da Carteira
30/09/2026

 11 - Cartão Nacional de Saúde
700500979528151

 12 - Atendimento RN
Não

Dados do Contratado Solicitante

 13 - Cód. na Operadora (*)
110581

 16 - Cons. Prof. (*)
CRM

 14 - Nome do Contratado (*)
ROLF CARVALHO LARA

 17 - Nº Cons. (*)
27394

 18 - UF (*)
MG

 15 - Nome do Solicitante (*)
ROLF CARVALHO LARA

 19 - CBO
20 - Ass. prof. Sol.

Dados do 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
04
25 - Cód.Proc.
41001095

 26 - Descrição
TC - ABDOME TOTAL ABDOME SUPERIOR PELVE E RETROPERITA 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 RETROPERITA 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: Karuna Lias Prota bacunda
Data de nascimento: 15 / 04 / 82 OS: 870-67474-18316
() Ressonância Magnética (☒) Tomografia Computadorizada

1) Qual o motivo do exame? Dor amarga, vômito há 4 dias
Relate os sintomas: Tela peritonite há 2 dias

2) Sente algum dos seguintes sintomas:
(☒) Dor Há quanto tempo? 1 mês Em qual região? de cabeça frontal
() Febre Há quanto tempo? _____
(☒) 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 (☒) Sim Qual? Apêndice, Vesícula Há quanto tempo? 2 anos

4) Apresenta colostomia? () Sim (☒) Não 2 cesáreas

5) Tem histórico de câncer ou tumor? (☒) 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:
(☒) Pâncreas () Fígado () Endometriose () Intestino /Diverticulite
(☒) Vesícula (☒) Apendicite () Cálculo renal/ Pedra nos rins () Cólica renal
Outros: _____

7) Trouxe exames anteriores para análise e/ou comparação? (☒) Sim () Não

8) Já fez exames anteriores no Sabin?
() Raios X (☒) Ultrassom (Ecografia)
() Ressonância Magnética () Tomografia Computadorizada

9) Você tem alergia ao medicamento Buscopan? (☒) Não () Sim () Não sei informar

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS.

ASSINATURA DO PACIENTE /RESPONSÁVEL: Karuna Lias Prota bacunda

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º 11.989.411

GRAU DE PARENTESCO: _____

Unahar

26

de

setembro

de

2025

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DAS INFORMAÇÕES:

Danielle
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: <u>Barbara Ulas Pinta laorda</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>15/04/82</u>	ID / OS: <u>870-67474-18346</u>
PESO: <u>69kg</u>	ALTURA: <u>1,67</u>

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? Amoróide 112, Zupam 10/10, Espman 10
- 3) Você já apresentou alergia a algum medicamento? Oxymet.
☒ 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 hipoglicemiante 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, infecciosos, 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, compreendi 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: <u>Barbara Dias Prata Lacorda</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO N.º <u>11.985.411</u>	GRAU DE PARENTESCO:

Verobor, 26 de Setembro de 2025

COLABORADOR RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DAS INFORMAÇÕES: [Assinatura]

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 péricas 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 pielocalicinais 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 linfonomegalias ou líquido livre na cavidade abdominal.

Comentários:

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



Dr. Felipe Sebastião de Melo Branco
CRM-MG 75904

