

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

2 - Nº Guia no Prestador 6669018000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal										
4 - Data de Autorização 20/10/2021	5 - Senha 3879	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3879								
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4315346	9 - Validade da Carteira 01/01/2029	10 - Nome ARTHUR SILVA FIGUEIREDO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N					
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39294	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/10/2021	23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição								
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição											
1 21/09/2021 17:02 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO											
2 21/09/2021 17:04 22 41001036 TC - FACE OU SEIOS DA FACE											
42 - Qtd. 43 - Via 44 - Méd. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total											
001 1,0 100,00											
001 1,0 385,56											
Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)											
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional											
1 12 23876304000112 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO									
		06 39294 41 225124									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /											
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /											
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$) 485,56		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPMs (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 1,26	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 486,82				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
68 - Assinatura do Contratado											

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.804/0001-12
FATURAMENTO
25662820

3562820

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Silva Figueiredo

Nº da Carteira: 4.31.5346

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 16/01/2017

Nº da Guia: 3879



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/09/2021	15:59:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trombou com o colega	Rosto

Descrição
Trombou com o colega

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sandra	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra	21/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Trombou com o colega

Ass.:

Itamar Fonseca De Souza

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Sistema Secretaria Escolar

Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno		Ano: 2022	Data Matrícula: 18/08/2021
Nome: Arthur Silva Figueiredo (5346)		Curso: Educação Infantil - 5 Anos	Turma: EI5TB
Sexo: M	Data Nascimento: 16/01/2017	Nacionalidade: Brasileira	Turno: T
Naturalidade: Maringá	UF: PR	Estado Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Nardina Rodrigues Johansen, 152	Complemento: Apto 302		
Bairro: Loteamento Malbec	Cidade: Maringá	UF: PR CEP: 87005-002	
Cert. Nascimento: 079921 01 55 2017 1 00436 261 0136897 87			
Cert. Nascimento Livro:	Cert. Nascimento Folha:		
Cert. Nascimento Termo:			
Cert. Nascimento Cartório: 1ºOfício de Registro Civil			
Cert. Nascimento Cidade: Maringá		Cert. Nascimento UF: PR	
Identidade:	O.Exp:	UF:	Data:
E-Mail: vagnerfg@gmail.com	Cor/ Raça: Branca	CPF: 130833309-95 INEP 193584279657	
Tipo de Sangue/Fator RH:	Convênio:	Religiao: Adventista do Sétimo Dia	
Telefones: Residencial: 4433544914 Celular: 44999408898 Celular: 44999408900		Nº:	
Pode sair sozinho?	Autorizo Imagem:		



Dados do Pai

CPF: 030241639-05 Nome: Vagner Miranda Figueiredo Naturalidade: Maringá - PR Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 18/03/1976 Estado Civil: Casado Identidade: 5580338-2 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 01/01/1988
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Nardina Rodrigues Johansen, 152
 Complemento: Apto 302 Bairro: Loteamento Malbec Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87005-002
 Cx. Postal: E-Mail: vagnerfg@gmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia Igreja: Maringa
 Telefones: Celular: 4499408898 | Celular: 449998900 |

Dados da Mãe

CPF: Nome: Genilza da Silva Figueiredo Naturalidade: Nacionalidade:
 Nascimento: Estado Civil: Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
 Grau de Instrução: Endereço:
 Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP:
 Cx. Postal: E-Mail: Religião:
 Telefones:

Dados do Responsável Legal

CPF: 030241639-05 Nome: Vagner Miranda Figueiredo Naturalidade: Maringá - PR Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 18/03/1976 Estado Civil: Casado Identidade: 5580338-2 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 01/01/1988
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Nardina Rodrigues Johansen, 152
 Complemento: Apto 302 Bairro: Loteamento Malbec Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87005-002
 Cx. Postal: E-Mail: vagnerfg@gmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia Igreja: Maringa
 Telefones: Celular: 4499408898 | Celular: 449998900 |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 030241639-05 Nome: Vagner Miranda Figueiredo Naturalidade: Maringá - PR Nacionalidade: Brasileira
 Nascimento: 18/03/1976 Estado Civil: Casado Identidade: 5580338-2 O. Exp: SESP UF: PR Data Emissão: 01/01/1988
 Grau de Instrução: Superior completo Endereço: Rua Nardina Rodrigues Johansen, 152
 Complemento: Apto 302 Bairro: Loteamento Malbec Cidade: Maringá UF: PR CEP: 87005-002
 Cx. Postal: E-Mail: vagnerfg@gmail.com Religião: Adventista do Sétimo Dia Igreja: Maringa
 Telefones: Celular: 4499408898 | Celular: 449998900 |

Deferimento

Data: ____/____/____

☐ Deferido ☐ Indeferido

Érica Cristina Lima de Miranda
 Administradora Escolar - Ato nº Ata Nom.
 1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
 Secretário(a) - Ato nº Ata Nom.
 1.116.609/16

Responsável

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

2 - Nº Guia no Prestador **3879**

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ARTHUR SILVA FIGUEIREDO

11 - Número da Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Contratado

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

01153465116 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

CONSULTA PEDIATRIA DIURNA - SRS / SAM

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

1

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acrease

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do(s) Profissional(is) Executante(s))

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: NSRODRIGUES

Data/Hora: 21/08/2021 16:51:13

Contato: 0669018

Atendimento: 0669018

Convênio: INST.ADVENTISTA-AP

6669018

2 - N° Guia no Prestador 3879

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
000000	3879		
4 - Data de Autorizacao	5 - Senha		

Dados do beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
4315346	10 - Nome
	ARTHUR SILVA FIGUEIREDO
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN	
N	
Dados do Solicitante	

13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 39294
18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante 			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/09/2021	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela			
1	22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 41001036	26 - Descrição TC - Face ou seios da face
2	20	90389085	ATIVUM
27 - Qt. Solic 1		28 - Qt. Autoriz 0	
21		0	

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
	34 - Tipo de Consulta
	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
31 - Código CNES	
9365230	

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

[illegible][illegible]

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
	68 - Assinatura do Contabilista					



Atendimento:	6669018	Pedido:	2365789	Ac. Number:	2953851	
Registro / Nome:	ARTHUR SILVA FIGUEIREDO					
Data de Nascimento:	16/01/2017	Idade:	4 anos, 8 meses e 5 dias		Sexo:	M
	00:00:00					
Pedido do Exame:	21/09/2021 17:04:00			Laudado:	24/09/2021	
					10:09:49	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP					
Médico Solicitante:	PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO					

TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens multiplanares.

O conjunto de imagens demonstra:

- Estruturas ósseas íntegras.
- Septo nasal sem desvio.
- Transparência conservada dos seios paranasais.
- Complexos óstio meatais preservados.
- Aumento de volume de partes moles da face na região periorbitária à esquerda.

OSCAR ADOLFO FONZAR
CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 6147028 DATA: 21/09/2021 17:02
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6669018 DT NASC: 16/01/2017 (4A 8M 6D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 534227 - ARTHUR SILVA FIGUEIREDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/09/2021 16:50 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA

6669018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TC COMP DE FACE OU SEIOS	1					
Justificativa.: trauma em regioa periocular esquerda						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	21	GOTAS		VO	AGORA	[21/09] 17:04

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

às 18:50
laudo verbal
Wn exan + ctoe
si alt + raco

Joyce A. F. Mello
CRM-PR: 39294

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6669018 Prontuário: 534227 SAME: Hora Atend: 16:50 Data Atend: 21/09/2021
Paciente..... : ARTHUR SILVA FIGUEIREDO Idade: 4 a
Endereço..... : AVENIDA DAS INDUSTRIAS
Bairro..... : JARDIM AMERICA
Cidade..... : MARINGA UF.: PR CEP: 87045360
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEE
CID Principal..... : T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 21/09/2021 Hora Saída : 19:14

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA

pcte com trauma em regioao frontal esquerda - trombou na escola sem vomitos ou perda de consciencia

EXAME FISICO

beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneico
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele edema periocular esquerdo
s/sinais meningeos

DIAGNOSTICO

trauma

DIAGNOSTICO - HISTORICO

trauma

TRATAMENTO

tc face
as 1856 laudo verbal do dr oscar apenas edema de partes moles



PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294
PEDIATRIA

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abboceath n°		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ág. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ág. 10 ml
	Aguilha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ág. 20 ml
	Aguilha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspição n°
	Alcool Iodado - ml		Dreno pen rose n° 01		Lâmina de bisturi n° 11		Sonda Foley 2 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose n° 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose n° 03		Luva estéril n°		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento	un.	Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular n°	- cm	Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micro pore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe n°		Polifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Esparrapado - cm		PVPi degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPi tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto		
	Cânula end. S/balão n°		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão n°		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ág. 3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Fixação de Escala de Soro	Punção Lombar
Aplicação IM	Fixação de Cateter de O2	Punção Venosa - Adulto
Aspiração	Flebotomia	Punção Venosa - Infantil
Cardioversão elétrica	Glicemia Capilar	Retirada de soro
Curativo PEQUENO	Monitorização Cardíaca - início: fim:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - início: fim:	Sondagem nasogástrica
Drenagem torácica - KIT DREN	Passagem de intracath	Traqueostomia
Eletrocardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA PA P T RAU 17:10
 119 36,5°C 55%
 Menor de 1 ano, com sinais de desidratação, febre, tosse, sibilos e ruídos pulmonares. Sinais vitais: FC 119, FR 36,5°C, SpO2 55%.

Michelle Marques
 Tóp. de Enfermagem
 COREN-PR 001.208.413

Dados do Atendimento

Atendimento: 6669018 Data/Hora: 21/09/2021 16:50 Prioridade: Baixa
Paciente: 534227 - ARTHUR SILVA FIGUEIREDO Sexo: M Nasc.: 16/01/2017 (4a 8m 6d)
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

História

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☒ Não ☐ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: TRAUMA EM REGIAO ORBITAL HOJE AS 15HS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 119 bpm Temperatura: 36,5 °C

Neurologia

Questionário

Nascimento: Distóxico	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO: 21.100 KG

SAT: 99%

PED: N

USO CONT: N

MEDICADO: N