

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input checked="" type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T.C. HIPER.	

CLIENTE *R. Graed* Solicitante *Central de Vacas* Data *SI 31/25*
 Origem: *H. P. CATARINAS* x *H.P. R. SJ/RS* x *H.R. CACABANA*.

Nome: *Joaninha Mendes da Silva Abreu* Idade *92* Contato:
 Sexo Masculino Feminino
 SUS / CONVENIO *B200500* Nº CARTEIRINHA *954360009881006*

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 176413	km 176462	km 176976	km 176503	km 176544
Hora 17:15	Hora Chegada 17:56	Hora Chegada 18:25	Hora Chegada 19:27	
Vista Origem Jocelina Raquel Ramos	Vista Destino Caçapava E.S.	Vista Destino Silvana Fátima R. da Silva Aux. Enfermagem COREN-SP 212666 AE	Hora 20:30	

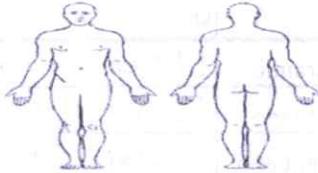
Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnáico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdômen	<input checked="" type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5	<input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> Nenhuma

TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
III										

Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada.

Nome *Salyta Martin* assinatura *[Signature]*
 RG/CPF *91.827.201-3*

Observações Médicas / Enfermeiros

18:05 Paciente em maca, consciente, orientado, comunicativo, afibril, eupneico em a.a., normotensão, normocoria clínica, mantendo AIP em MS (O) Palpável, deambulando, encaminhado para tomografia em São José dos Campos.

18:25 Chegando para realização do exame, aguardando a mesma.

19:30 Paciente retorna para origem, sem intercorrências.

Lançamento
de
Cuidados
Pessoais

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável
Data _____/_____/_____

Enfermagem Responsável
Auxiliar de Enfermagem
Isaura Sônia Sá
Data 5/3/25

Condutor Socorrista
Data _____/_____/_____

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

2 - N.º Guia no Prestador
464240571

Leandro Mendes Da Silva Abreu
NASC: 19/06/1982 42 ANOS - INTERNADO
HCAC: 04/04/2025 13:36
CONU: BRADESCO



1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização				
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 -	12 - Atendimento a RN
Dados do Profissional Solicitante				
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
Dados da Série de Atendimentos ouletans Atendimentos Relacionados				
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento
Dados da Execução				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1
3-1	3-1	3-1	3-1	3-1
4-1	4-1	4-1	4-1	4-1
5-1	5-1	5-1	5-1	5-1
Identificação do(a) Profissional e Exercícios realizados				
48 - Sec. Ref.	49 - Grau Parc.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1
53 - Número no Conselho				
54 - UF				
55 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	2-1	2-1	2-1	2-1
58 - Observações/Justificativa				
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
65 - Total de Beneficiários (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

*Dra. Ana Mafra S. B. - Total Geral Mafra S. B.
CNPJ 259.338*

Leandro Mendes Da Silva Abreu

MASC: 19/08/1982 42 ANOS - INTERMADO
HPCAC DT ATEND: 05/04/2025 13:36
CONU: BRADESCO



4316867

Leandro Mendes da Silva Abreu

Solicito:

① Ambulância simples



05/04/25

Dr(a).

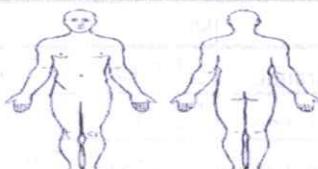
CRM:

Dra. Ana Clara S. Bicalho
Médica

CRM SP 259358

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos-SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos-SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos-SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí-SP
- Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
- Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté-SP

TR	Frat							
	Lace							
	Secç							
QUEIMADURAS								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid
I								
II								
III								



Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulância e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente. Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso. Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada.

Nome: *Salyta Martin*
RG/CPF: 41.827.201-3

assinatura: *[Signature]*

<p>OS VTR 318</p> <p><input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> AÇÃO <input type="checkbox"/> SIV - INT</p> <p>to:</p> <p>36000 9881006</p> <p>km 176599</p> <p>de Silva agem ISPAF AE onice</p> <p><input type="checkbox"/> Não Verbaliza É Maior</p> <p>vental <input type="checkbox"/> Gravidico erados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados</p> <p>Sat O2 Hgt</p>	<p>Resposta Motora</p> <p>comandos 6 Dor 5 nítos de retardia 4 normal 3 o Anormal 2 a</p> <p>Mse Mid Mie</p>
---	--