

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR  
318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	Outros	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> NORMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA Cefog Guará Solicitante Central de Vagas Data 28/06/24

Origem: Cefog Guará x Clínica Santa Rosa x

Nome: Alice Maria Santos Pinto Idade 86 Contato: 11 21982208 4222

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Cefog Nº CARTEIRINHA 0020 9563001667000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>156466</u>	km <u>156467</u>	km <u>156468</u>	km
<u>156528</u>	Hora Chegada <u>14:30</u>	Hora Chegada <u>15:12</u>	Hora Chegada <u>14:06</u>	<u>156505</u>
Hora	Hora Saída <u>15:05</u>	Hora Saída <u>14:01</u>	Hora Saída <u>17:19</u>	Hora
Visto Origem	<u>13:45</u> <u>Michelle Fernanda dos Santos</u> <u>Coren-SP 000417915-FNP</u>	Vista Destino <u>Melissa Faria Alves</u> <u>Coren-SP 000417915-TE</u>	Vista Destino <u>Michelle Fernanda dos Santos</u> <u>Coren-SP 000417915-FNP</u>	<u>18:03</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnético  Taquicardia  Bradiardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritítmico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>15:07</u>	<u>130/80</u>	<u>71</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>95%</u>	<u>-</u>
<u>17:02</u>	<u>97/81</u>	<u>74</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>-</u>	<u>92%</u>	<u>-</u>

### Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

### Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

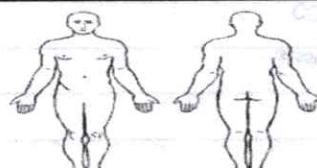
### Resposta Motoria

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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 <u>Sergio Aquiles Ferreira dos Santos</u>	assinatura <u>[Assinatura]</u>
RG/CPF <u>20.697.774</u>	

## Observações Médicas / Enfermeiros

15:06 Recepção pelo idoso hospitalizado p/ avaliação da paciente. Fazia tomografia de abdômen e colo articular + pleura + parâneurais p/ protocolo de TAV. Pode ser UTI. Estava com febre. Pode ser infecção urinária. Idade 09 anos. Negro. Socorrista é Dr. Bárbara - negro. Allergic medicamento. UTI. Tomografia abdominal está linda. Est. urina é de biliarico + ASS. Pode ser infecção urinária. Normotensão. Palma. Transpiração: SSSV vitális - Viana. HB hospitalar: Disfunção ventricular significativa. Tratamento: transversa associada à angioplastia permanente. Aparece, não impede a melhora clínica, se houver progressão de IBC.

15:12 Chegou no hospitalizado para Verificação que o paciente tem mais de 10000 mm tendo que aguardar num falso leito o maior devido p/ apresentar exacerbação das suas idas ao banheiro.

12:00 De volta para a enfermagem. Ajeitou-se na enfermagem; operou a imigração e danos. Michelle Fernandes da Silva. Coren-SP 000431925-BNP.

Jessica  
Enfermeira  
COREN-SP 669.65.7

Jessica de Moura Viana  
Enfermeira  
COREN-SP 669.65.7

Jessica de Moura Viana  
Enfermeira  
COREN-SP 669.65.7

Michelle Fernandes da Silva  
Coren-SP 000431925-BNP

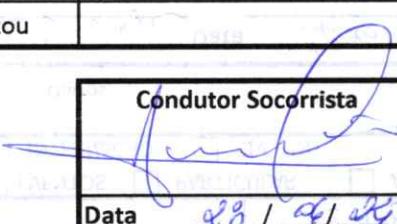
## Materiais Utilizados

**RE-AU VIDAS**

Pedágios	N	Qual	IV	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	

<b>Médico Responsável</b> BOAVENTURA BOMFIM BOMFIM BOMFIM BOMFIM
Data 28/06/24

<b>Enfermagem Responsável</b> Jessica de Moura Viana Enfermeira COREN-SP 669.65.7
Data 28/06/24

<b>Condutor Socorrista</b> 
Data 28/06/24

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

2- Nº Guia no Prestador

**0004391433**

1 - Registro ANS <b>3 5 5 5 7 7</b>	3 - Número da Guia Principal <b>0 0 0 0 4 3 9 1 4 3 3</b>	4 - Data da Autorização <b>02/07/2024</b>	5-Senha <b>0 2 0 . 9 9 9 9 9 9 9 7 1 9</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>31/08/2024</b>	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>0 0 0 0 4 3 9 1 4 3 3</b>	12 - Atendimento a RN <b>N</b>					
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira <b>0 2 0 . 9 1 6 3 . 0 0 1 6 6 7 . 0 0 - 0</b>		9 - Validade da Carteira <b>31/12/2024</b>	10 - Nome <b>ALICE MARIA DOS SANTOS PINTO</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>7 0 0 5 0 8 7 9 2 1 5 4 3 5 2</b>							
Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora <b>0 2 0 . 9 9 9 9 9 9 9 7 1 9</b>		14 - Nome do Contratado <b>PRESTADOR NAO COOPERADO</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante <b>AILTON D EPAIVA NETO</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>116696</b>	18 - UF <b>35</b>	19 - Código CBO <b>225125</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento <b>Item Assistencial</b>		22 - Data da Solicitação <b>02/07/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>ESTENOSE AORTICA GRAVE</b>	24-Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial <b>18</b>	26 - Descrição <b>REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO COM MEDICO E ENFERMAGEM PARA SADT NO MUNICIPIO POR KM</b>	27-Qtd. 28-Ord. Solic. <b>1,00</b>	29-Ord. Aut. <b>1,00</b>				
Dados do Contratado Executante 29 - Código da Operadora <b>020.00082627.2</b>		30 - Nome do Contratado <b>PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA</b>	31 - Código CNES <b>9 7 7 9 5 4</b>								
Dados do Atendimento 32-Tipo do Atendimento <b>0 5</b>		33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>1</b>	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento <b>1</b>							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36-Data <b>1-02/07/2024</b>		37-Hora Inicial <b>16:13</b>	38-Hora Final <b>16:13</b>	39-Tabela <b>40-Código do Procedimento</b> <b>41-Descrição</b> <b>18 - 6002911</b>	42 - Qtd. <b>1,00</b>	43-Via <b>UTI ADULTO COM MEDICAMENTOS</b>	44-Tec. <b>0,00</b>	45-Fator Red/Acresc. <b>0,00</b>	46-Valor Unitário [R\$] <b>0,00</b>	47-Valor Total [R\$] <b>0,00</b>	
Identificação dos Profissional(is) Executante(s) 48-Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF <b>1</b>		51-Nome do Profissional <b>2</b>	52-Conselho Profissional <b>3</b>	53-Número no Conselho Profissional <b>4</b>	54-UF <b>5</b>	55-Código CBO <b>6</b>					
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>1- L. V. V. V. V. V. V. V.</b>		58-Observe(s) / Justificativa <b>BENEFICIÁRIA HOSP CEPOG FOI REMOVIDO PARA SANTA ROSA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO</b>	59 - Total de Procedimentos (R\$) <b>1</b>	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) <b>1</b>	61 - Total de Materiais (R\$) <b>1</b>	62 - Total de OPME (R\$) <b>1</b>	63 - Total de Medicamentos (R\$) <b>1</b>	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) <b>1</b>	65 - Total Geral (R\$) <b>1</b>	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>1</b>	
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <b>1</b>											