

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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 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	<input type="checkbox"/>

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

EMPRESA Hospital Cpg Solicitante Central de Regas Data 03/10/24  
Origem: H. cePof. x Clinica. x

Nome: Unnilo Tovani Motta Idade 21 Contato:

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 162830	km 162866	km 162867	km 162868	km 17:44
	Hora Chegada 15:30	Hora Chegada 15:59	Hora Chegada 16:59	
	Hora Saída 15:54	Hora Saída 16:30	Hora Saída 16:52	
Hora 14:15	Visto Origem Jibóia Maia	Vista Destino <i>[Assinatura]</i>	Vista Destino <i>[Assinatura]</i>	Hora 162304

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfgmia  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

### Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1
- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

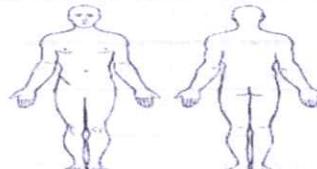
### Resposta Motoria

- 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 ambulancia 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.

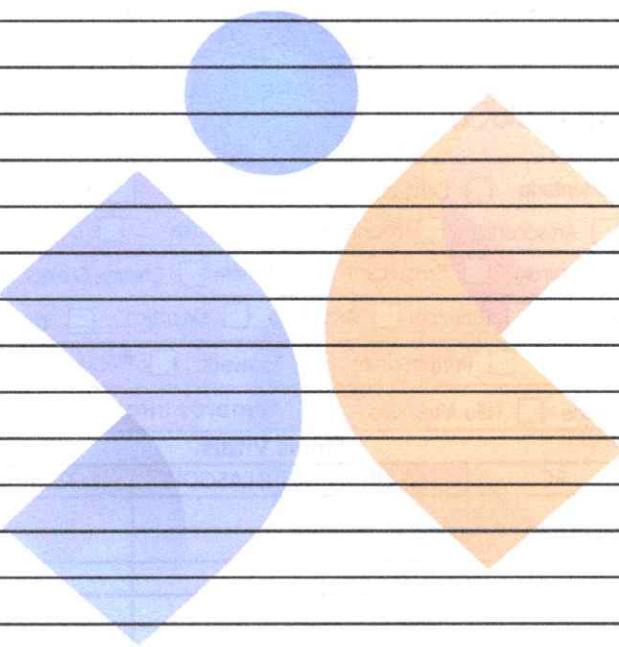
Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome Kelly Luciane Tovani Motta  
RG/CPF 27312161-3

assinatura

## Observações Médicas / Enfermeiros

14:15 - Saída da base, para o hospital (pág. 15:15 - Chegada no hospital (pág. 15:54 - encaminhando paciente para clínico Lucila. 15:59 - chegada na clínica Lucila. 16:30 - encaminhando paciente de volta ao hospital (pág. 16:49 - Chegada no hospital (pág. 16:52 - retorno para base.



## 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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Leuanny Antunes Gonzaga  
Técnica de Enfermagem  
COREN-SP 001.000.995

Data 03/10/24

Condutor Socorrista

Luis Fernandes  
Data 03/10/24



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

366668

2. Nº Guia no Prestador

3 - Número da Guia Principal		1 - Registro ANS	
6 - Data de Validade da Senha		4 - Data de Autorização	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		5 - Senha	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Profissão	
12 - Endividamento a RN		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Atendido		26 - Descrição	
27 - Ativa, Selet.		28 - Ativa, Aut.	
29 - Indicador de Cobertura Especial		30 - Indicador de Cobertura Especial	
31 - Código CNES		32 - Código na Operadora	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença referenciada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Nome do Contratado	
37 - Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabelas 40-Código do Procedimento		38 - Data	
41-Descrição		42 - Cidade	
43-Via 44-Tos. 45-Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47-Número no Conselho Profissional		48-UF	
49 - Código do Bem/Item		50 - Código do Bem/Item	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho Profissional		54 - UF	
55 - Código OBR		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas Auxiliares (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
67 - Assinatura do Responsável/pelo Autorização		68 - Assinatura do Contratado	