

Ficha de Acompanhamento

OS: 1567

VTR: 318 - SPRINTER

☒ BÁSICA ☒ EXAMES ☐ UTI ADULTO ☐ UTI NEO ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR
☐ APH ☐ TRAS.F. HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☒ US ☐ RMN ☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL DE VAGAS Data: 27/05/2025
 Origem: PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS X HOSPITAL POLICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ X PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS
 SP CAMPOS | SP

Nome: Alice Fernandes Ferreira Idade: 0 anos Contato:
 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
 SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 774158067200012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 182150	Km: 182214	Km: 182217	Km: 182221	Km: 182281
	Hora Chegada: 13:00	Hora Chegada: 13:39	Hora Chegada: 14:55	
Hora: 11:58	Hora Saída: 13:30	Hora Saída: 14:35	Hora Saída: 15:09	Hora: 16:49
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico

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

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impróprias 3
☐ Palavras Incompreensíveis 2

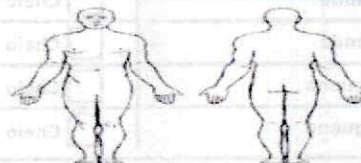
Resposta Motora:

☒ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T R A U M A	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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 _____ Assinatura _____
 RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros


Transferido criança lactente sexo feminino acompanhado da mãe Alice Fernandes Ferreira, conciente, ativa, sonolenta, corada, aferido ssvv sato² 98%, fc 117 bpm, com avp em msd jelco 24, isofix duas via salinizado, do hospital prontil de sjc, para realizar exame de US de aparelho urinário, na clínica policlin 9 de julho de sjc, acomodado no bebê conforto e maca com sinto de segurança, entregue resultado de exame para enfermagem da enfermaria do hospital. prontil de sjc



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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

Médico Responsável 	Enfermagem Responsável CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	Condutor Socorrista 
Data ____/____/____	Data ____/____/____	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____



ALICE FERNANDES FERREIRA

Nasc: 13/02/2025 Idade: 3 meses - Sexo: Feminino
Internacao: 26/05/2025 16:59 - INTERNACAO

BRADESCO SAUDE - 774158067300012

Dr(a): MARY ELLEN DE OLIVEIRA MARTINS

Tratamento: Pediatrico - Esp: CLINICA MEDICA

Leito: 06-C / PEDIATRIA Acom: ENFERMARIA CLINICA

Mae: KATLEN TIFANIN FERNANDES FERREIRA

E-mail: KATY.FANNY@HOTMAIL.COM

6 - Data de Validade da Senha ____/____/____		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora ____	
Carteira ____/____	89 - Nome Social ____		12 - Atendimento a RN ____
18 - UF ____		19 - Código CBO ____	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Mary Ellen</i>

Dados dos Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento ____	22 - Data da Solicitação ____/____/____	23 - Indicação Clínica ____	90 - Indicador de Cobertura Especial ____
-------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1- ____	____	Ambulância simples	____	____
2- ____	____	____	____	____
3- ____	____	____	____	____
4- ____	____	____	____	____
5- ____	____	____	____	____

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora ____	30 - Nome do Contratado ____	31 - Código CNES ____
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento ____	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) ____	34 - Tipo de Consulta ____	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento ____	91 - Regime de Atendimento ____	92 - Saúde Ocupacional ____
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
1- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
2- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
3- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
4- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____
5- ____/____/____	____:____	____:____	____	____	____	____	____	____	____	____	____

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____	____	____

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 - Observações/Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) ____	60 - Total de Taxas e Aluguéis (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 Responsável pela Autorização <i>Katy Fanny</i>	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Katy Fanny</i>	68 - Assinatura do Contratado
----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------