

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

**Tipos de Exames** ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTP ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros **RNM**

EMPRESA **H. Cepog** Solicitante **Central Vagos** Data **09/10/24**

Origem: **#CEPOG** x **Clinica Radiológica** x **H. Cepog**

Nome: **Jose Martins Freire** Idade **82** Contato: **82**

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO **U/M med.** Nº CARTEIRINHA **0020 0598 000001090**

| Saída Base                | Origem  | Destino  | Destino  | Chegada Base              |
|---------------------------|---|--|--|---------------------------|
| km <b>163054</b>          | km <b>163091</b>  | km <b>163107</b>   | km <b>163131</b>   | km <b>163165</b>          |
| Hora Chegada <b>13:05</b> | Hora Chegada <b>13:52</b>   | Hora Chegada <b>18:10</b>  | Hora Chegada <b>18:10</b>  | Hora Chegada <b>18:10</b> |
| Hora Saída <b>13:25</b>   | Hora Saída <b>17:38</b>   | Hora Saída <b>18:16</b>  | Hora Saída <b>18:16</b>  | Hora Saída <b>18:16</b>   |
| Hora <b>12:14</b>         | Visto Origem <b>Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF</b> | Visto Destino <b>Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF</b> | Visto Destino <b>Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF</b> | Hora <b>19:05</b>         |

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Rítmico ☐ 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      |
|--------------|---------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| <b>12:20</b> | <b>130x80</b> | <b>78</b> | <b>18</b> | <b>15</b> | <b>—</b> | <b>—</b> | <b>—</b> |
|              |               |           |           |           |          |          |          |
|              |               |           |           |           |          |          |          |

## Abertura ocular

☒ Espontânea 4  
☐ voz 3  
☐ A dor 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Verbal

☒ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incompreensivas 2  
☐ Nenhuma 1

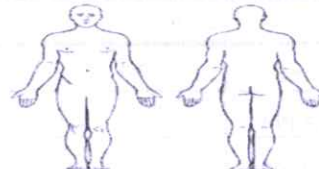
## Resposta Motora

☒ Obedece 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 **Luciana AF Melo**  
 RG/CPF **28600045-9**

assinatura **[Assinatura]**



## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente lucido, Orientado em anamnese com dilação  
 O dilação entre as 17:00hs realizando medicação  
 diário, encaminhado para clínica fisiológica  
 em leito para RNM de abdome total e logo após  
 retornar para o Hospital CIPG. de Urgência.  
 In intercorrência

## Materiais Utilizados

utilizados { 2 máscara descartável }  
 { 2 par de luvas }

| Pedágios | Qual   | Refeição / Lanche    | Sim | Não |
|----------|--|----------------------|-----|-----|
| Oxigênio | 01 - Grande <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso  | Quantos Bar Utilizou | Sim |     |
|          | 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

Enfermeiro Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data



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

2 - Nº Guia no Prestador

40049464

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 1 - Registro ANS<br>355577   |  | 3 - Número da Guia Principal  |  |
| 4 - Data de Autorização<br>08/10/2024  |  | 5 - Semia<br>472/78   |  |
| 6 - Data de Validade da Semia<br>07/12/2024  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>40049464   |  |
| 8 - Número da Carteira<br>0020.0598000001090   |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/10/2025  |  |
| 10 - Nome<br>JOSE MARTINS FREIRE   |  | 11 - Nome Social  |  |
| 12 - Alandamento a RN<br>N   |  |   |  |
| 13 - Código na Operadora<br>2982   |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL CEPOG LTDA  |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>Cesar M Zangrandi   |  | 16 - Conselho Profissional<br>06  |  |
| 17 - Número no Conselho<br>170780  |  | 18 - UF<br>SP   |  |
| 19 - Código CBO<br>225125  |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante   |  |
| 21 - Cartão do Alandamento<br>1  |  | 22 - Data da Solicitação<br>08/10/2024  |  |
| 23 - Indicação Clínica<br>pancreatite biliar   |  | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>01  |  |
| 26 - Descrição<br>REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO, COM ENFERMAGEM, PARA SADT, INTERMUNICIPAL, POR KM  |  | 27 - Qtda. Solic.<br>1  |  |
| 28 - Qtda. Aut.<br>1   |  | 29 - Qtda. Solic.<br>1  |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>31 - Código CNEs  |  | 32 - Tipo de Atendimento<br>01  |  |
| 33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9   |  | 34 - Tipo de Consulta<br>35 - Motivo de Encerramento do Alandamento   |  |
| 36 - Hora Inicial<br>37 - Hora Final<br>38 - Hora Final  |  | 39 - Tabela<br>40 - Código do Procedimento<br>41 - Descrição  |  |
| 42 - Qtda.<br>43 - Via<br>44 - Tac.<br>45 - Fator Rad./Acresc.<br>46 - Valor Unitário (R\$)<br>47 - Valor Total (R\$)  |  | 48 - Seq. Ref.<br>49 - Grau Part.<br>50 - Código na Operadora/CPP<br>51 - Nome do Profissional<br>52 - Conselho Profissional<br>53 - Número no Conselho<br>54 - UF<br>55 - Código CBO |  |
| 56 - Data de Realização da Procedimentação em Série<br>57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |  | 58 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>UNIMED GUARATINGUETA   |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>61 - Total de Materiais (R\$)<br>62 - Total de OPMs (R\$)<br>63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>65 - Total Geral (R\$) |  | 66 - Assinatura do Contratado<br>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   |  |