

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

☒ 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 ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA PRO MED Solicitante C. VASAL Data 23.02.25

Origem: H. DOCTUM TIE x H. P. S. SUTHO x H. P. T. T. BATE

Nome: LAZARDA MAIOA RINHO A Idade 72 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO Nº CARTEIRINHA 775 242 000 213 012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>69364</u>	km <u>69388</u>	km <u>69432</u>	km <u>69477</u>	km
	Hora Chegada <u>16:05</u>	Hora Chegada <u>16:55</u>	Hora Chegada <u>18:55</u>	
	Hora Saída <u>16:15</u>	Hora Saída <u>18:15</u>	Hora Saída	
Hora <u>15:30</u>	Visto Origem <u>Enfermeira Camilla Franco COREN-SP 701776</u>	Vista Destino <u>Luiz Michel M. P. Silva Téc. Radiologia CRTR 46625T</u>	Vista Destino <u>Enfermeira Camilla Franco COREN-SP 701776</u>	Hora

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

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

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

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

Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados Membros Inferiores ☐ Alterados ☒ Não Alterados

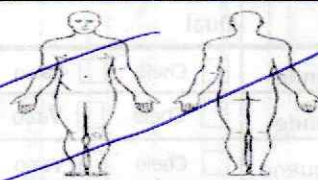
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				<u>15</u>			

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreensivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <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	T pos	Perim	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 Dr. Patrícia de Abreu assinatura [assinatura]
 RG/CPF 8.246.565-4 / 832.215.818-15

Observações Médicas / Enfermeiros

Admitido paciente na policlínica de Jaubatã, transferido para Hospital policlínica de STC no decorrer para realizar TC abdômen com contraste, a mesma encontra-se estável sem intercorrências; Após realização do exame, paciente retorna para policlínica de Jaubatã, estável em BCG.

Laila de F. Medeiros
COREN-SP 822168 - ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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		
	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

Laila de F. Medeiros
COREN-SP 822168 - ENF

Data

23/02/25

Condutor Socorrista

Data



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

Lazara Maria Pintor De Alcantara

NASC: 19/10/1952 72 ANOS - INTERNAÇÃO
HPTE DT ATEND: 23/02/2025 02:16
CONV: BRADESCO

437898767



4247146

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento 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	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.	
28 - Qtde. Aut.			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES			
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
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 - Téc.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
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	
58 - Observação / 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			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			



Solicito ambulância simples

2

Dra. Bruna M. Vilela
Médica
CRM-SP: 258.497

Dr(a).

CRM:

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

OS	
VTR <i>798.</i>	
<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input type="checkbox"/> SIV - INT	
Data <i>23.02.25</i>	
<i>P. Taubaté</i>	
:	
<i>242.000 213.012</i>	
Chegada Base	
<i>55.</i> km	
CO 76	Hora
<input type="checkbox"/> Não Verbaliza	
Maior	
ntal <input type="checkbox"/> Gravidico	
idos <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	
Sat O2	Hgt
Resposta Motora	
andos 6	
5	
de retardia 4	
mal 3	
ormal 2	
se	Mid
	Mie

TRAJ	Luxa										
	Frat										
	Lacé										
	Secç										
QUEIMADURAS											
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie		
I											
II											
III											
Consentimento para transporte de Pacientes											
<p>Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.</p> <p>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.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada.</p>											
Nome <i>Dr. Bruna M. Vilela</i>										Assinatura <i>[Signature]</i>	
RG/CPF <i>8.246.525-4 / 832.215.818-15</i>											