

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 398.

<input checked="" type="checkbox"/> BASICA	<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	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA Pronet.

Solicitante

C.USA Jan

Data

8.02.95.

Origem: A.10601M.TAUBATÉ x A.17550 RJULHO x A.16161M.ITE-

Nome: Andreia Rakela de Oliveira, Idade 49 Contato: 991149947

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Biomedice

Nº CARTEIRINHA 774230002631010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 67996	km 68027	km 68042 -	km 68115 -	km 68140
Hora 18:38	Hora Chegada 19:18	Hora Chegada 20:10	Hora Chegada 21:41	Hora 22:30

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnêico Taquipneico Bradipneico Dispneico ApneiaCirculatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico FiliformeAbdômem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental GravidicoMembros 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 Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

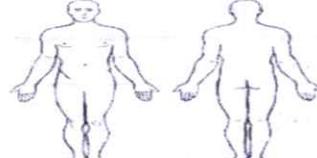
Resposta Motora

- 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	Perin	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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente magida do Hospital Sóldado, para procedimento de Etano Tomografia sem contraste. Evolui comecito, orientada calmo, afivel, expresso, maninhas AUP em inspeção sem sinais propositos, no dia anterior acompanhada no familiar e Enfermeira Kelly Hekles de Oliveira Santos COREN-SP 828405 ENF. Após o exame de tomografia SI constatou-se c/ contusão foi iniciados realizaram exame

Kelly Hekles de Oliveira Santos
COREN-SP 828405 ENF

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

Data

Condutor Socorrista

Data



**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL /
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO
E TERAPIA SB/SADT**

2 - N.º Guia no Prestador

Andrela Rabelo De Oliveira Moura
NASC: 22-04-1975 - 49 ANOS - INTERNACAO
HABTE DT ALEN: 08-02-2025 16:37
CORU: BRADESCO
422428

THE JOURNAL OF CLIMATE

1 - Registro ANS	2 - Número da Carteira	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora	8 - Nome Social	9 - Validade da Cartera	10 - Nome	12 - Atendimento à RN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dados do Beneficiário										
Andréia Rabulo da Oliveira Souza										

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	15 - Código na Operadora	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - Uf.	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional
								<i>Thais Souza</i>
								<i>23/01/18</i>
								<i>CNPJ 23.118-0001-03</i>
								<i>Indicação de Cobertura Especial</i>
Dados da Solicitação e Procedimentos para Item Assistencial Sustentado		21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Orde Solic.	28 - Orde Aut.
1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> 63 - Total de Medicamentos (R\$)	<input type="checkbox"/> 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	<input type="checkbox"/> 65 - Total Geral (R\$)
<input type="checkbox"/> 61 - Total de Materiais (R\$)	<input type="checkbox"/> 62 - Total de OPMs (R\$)	<input type="checkbox"/> 66 - Total de Serviços (R\$)
<input type="checkbox"/> 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	<input type="checkbox"/> 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="checkbox"/> 68 - Assinatura da Contratada
<input type="checkbox"/> 59 - Total de Procedimentos (R\$)	<input type="checkbox"/> 68 - Assinatura da Beneficiária ou Responsável	
<input type="checkbox"/> 69 - Observações e Justificativa		