

Ficha de Acompanhamento

OS 1349
VTR 798

<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"/>	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

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

EMPRESA Promo Med S.A Solicitante C. VAFAS Data 12/02/25

Origem: Santa Casa SJC x H. E MAE Pio XII x Santa Casa SJC.

Nome: Emerson de Oliveira Ferreira Idade 54 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO BraDESCO Nº CARTEIRINHA 954360044954008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 68886	km 68952	km 68957	km 68961	km 69036
	Hora Chegada 08:26	Hora Chegada 09:03	Hora Chegada 11:56	

Hora 7:26	Hora Saida 08:50	Hora Saida 11:46	Hora Saida 12:38	Hora 13:48
	Visto Origem <u>Adm. T.</u>	Vista Destino	Vista Destino <u>Maia O.R.</u>	

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico 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
08:30	100x60	87	14	15	36.0	97%	

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

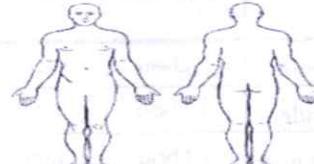
Resposta Motora

- 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	Perín	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.

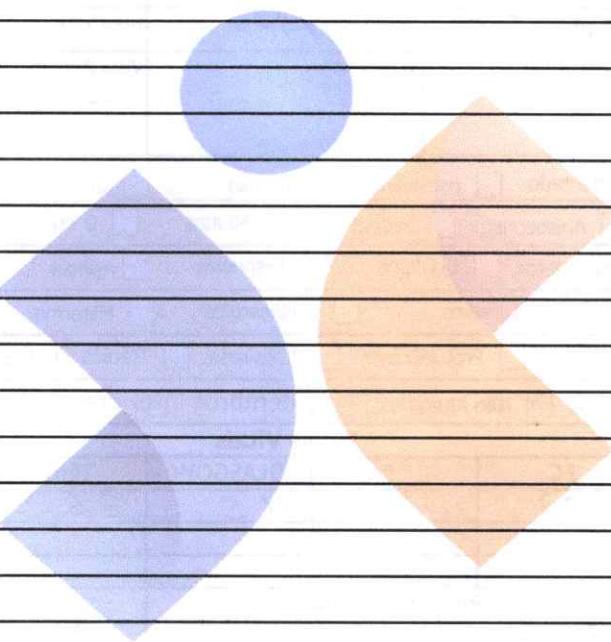
Estou ciente e orientado do quadro clínico do paciente para transporte e dos riscos envolvidos no transporte, podendo o paciente apresentar quadro clínico de instabilidade durante o percurso.

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 <u>Tatiane J. F</u>	assinatura <u>T. J. F.</u>
RG/CPF <u>30921148-7</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente para realização de angiograma respirando com ar ambiente, com Picc em MSD, edema em MMII, dependo tratamento de endocardite, com HT, a mais de 30 dias - houve atraso no horário da internação por falta de documento original enviado pelo n. de origem. Entregamos o paciente sem intercorrências.



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	2	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

Graça Pessanha
599986

Data 12/02/25

Condutor Socorrista

Lucas N.

Data 12/02/25

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

2-º

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)		4 - Data de Autorização		5 - Série		6 - Data Vencimento da Série		7 - Data de Emissão do Guia	
Dados do Beneficiário										
8 - Número da Carteira	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dados do Contratado Solicitante										
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	<input type="text"/> 451860530001-87		14 - Nome do Contratado		Irmadade Santa Casa de São José dos Campos		15 - Código CNES		16 - Código CBO S	
Dados do Profissional Solicitante										
18 - Nome do Profissional Solicitante	<input type="text"/>		19 - UF							
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados										
21 - Data/Hora da Solicitação	<input type="text"/>		22 - Caráter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se preenchida a previsão clínica, terapêutica ou alto custo)		25 - Qt. Solict.	
26 - Tabela	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E-Elevada U-Urgência/Emergência		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
28 - Código do Procedimento	<input type="text"/>		27 - Descrição		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dados do Contratado Executante										
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	<input type="text"/>		31 - Nome do Contratado		32-TL		33-34-35-Liquidaduro - Número - Complemento		36 - Município	
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar	<input type="text"/>		42 - Conselho Profissional		<input type="text"/>		<input type="text"/>		37 - UF	
Dados do Atendimento										
46 - Tipo de Atendimento	<input type="checkbox"/> 01 - Remoção		<input type="checkbox"/> 02 - Pecúnia Cirurgia		<input type="checkbox"/> 03 - Terapias		<input type="checkbox"/> 04 - Consulta		<input type="checkbox"/> 05 - Exame	
	<input type="checkbox"/> 07 - SAO: Internado		<input type="checkbox"/> 08 - Quimioterapia		<input type="checkbox"/> 09 - Radioterapia		<input type="checkbox"/> 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		<input type="checkbox"/> 06 - Atendimento Domiciliar	
Consulta Referência										
49 - Tipo de Doença	<input type="checkbox"/> A-Aguda		<input type="checkbox"/> C-Crônica		<input type="checkbox"/> 50 - Tempo de Doença		<input type="checkbox"/> 51 - Indicação de Acidente		<input type="checkbox"/> 52 - Indicador de Saída	
	<input type="checkbox"/> 1-Acute		<input type="checkbox"/> 2-Chronic		<input type="checkbox"/> 3-Any		<input type="checkbox"/> 4 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho		<input type="checkbox"/> 5 - Transito	
Procedimentos e Procedimentos em Série										
53-Data	<input type="text"/>		52-Hora Inicial		53-Hora Final		54-Código do Procedimento		55-Descrição	
1 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série										
1 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
2 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5 - <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
64 - Observação										
65 - Total Procedimentos R\$	<input type="text"/>		66 - Total Taxas e Auxílios R\$		<input type="text"/>		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$	
69 - Total Diárias R\$	<input type="text"/>		70 - Total Gases Medicinais R\$		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
71 - Total Geral das Guia R\$	<input type="text"/>									
80 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
82 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
83 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
85 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
86 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
87 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
89 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
90 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
92 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
93 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
95 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
96 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
98 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
99 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
101 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
102 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
103 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
104 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
105 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
107 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
108 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
109 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
110 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
111 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
113 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
114 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
115 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
116 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
117 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
119 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
120 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
121 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
122 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
123 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
125 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
126 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
127 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
128 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
129 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
131 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
132 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
133 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
134 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
135 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
137 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
138 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
139 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
140 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
141 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
143 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
144 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
145 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
146 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
147 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
149 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
150 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
151 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
152 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
153 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
155 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
156 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
157 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
158 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
159 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
161 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
162 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
163 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
164 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
165 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
166 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
167 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
168 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
169 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
170 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
171 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
172 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
173 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
174 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
175 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
176 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
177 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
178 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
179 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
180 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
181 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
182 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
183 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
184 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
185 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
186 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
187 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
188 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
189 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
190 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
191 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
192 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
193 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
194 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
195 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
196 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									
197 - Data e Assinatura do Prestador Executante	<input type="text"/>									
198 - Data e Assinatura do Responsável	<input type="text"/>									
199 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	<input type="text"/>									