

Ficha de Acompanhamento

OS
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 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 CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TQT / TQM US RMN T. C. HIPER. Outros

CLIENTE Promed Solicitante Central vagas Data 10/04/25

Origem: Policlin Cosmopolis x Policlin São José x Policlin Cosmopolis

Nome: Cristiane Guedes Santos Esteves Idade 61 Contato:

Sexo Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO Buderus

Nº CARTEIRINHA 775168002208002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>76464</u>	km <u>76491</u> Hora Chegada <u>20:30</u>	km <u>76519</u> Hora Chegada <u>21:15</u>	km <u>76545</u> Hora Chegada <u>03:00</u>	km <u>76568</u>
Hora <u>19:00</u>	Hora Saída <u>20:40</u> Visto Origem <u>Krafo</u>	Hora Saída <u>22:21</u> Vista Destino <u>Davi Prieto Jordão</u> <u>Téc. Enfermagem</u> <u>COREN-SP 2121539</u>	Hora Saída <u>23:15</u> Vista Destino <u>Kelly K. Machado</u> <u>Aux. de Enfermagem</u> <u>Cores-SP 069028</u>	Hora <u>00:00</u>

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico 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

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<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	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

assinatura

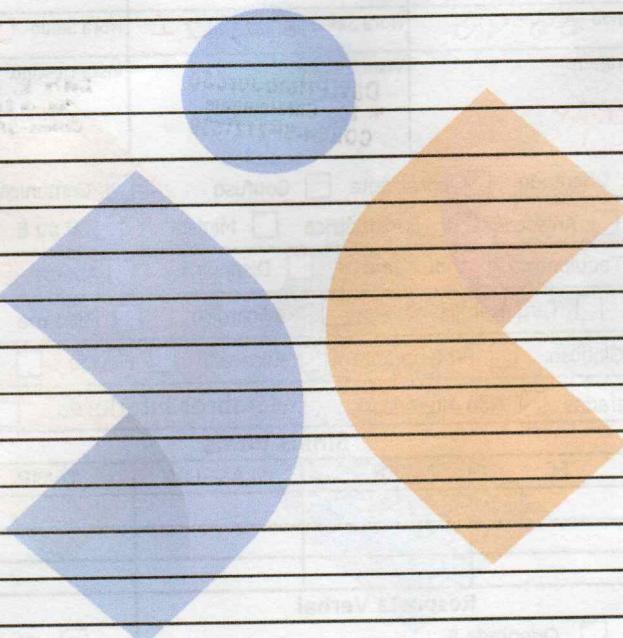
RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros

0:00h = Cliente em repouso no leito no hospital de origem
consciente, orientada, ralente, normocárdica, sem A.A, mantendo
AUP em MS(E), T=30, transferido para maca e conduzido
à ambulância.

1:15 h = Chegou ao hospital de destino para realização
de exame.

3:00h = Chegou aos hospitais de origem para 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	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
Aline C.M.
Coen: 871.076
Data 30/09/25

Condutor Socorrista
Lucas M
Data 30/09/25

Cristiane Juedes S. Esteves

Solidado:

Ambulance Single.

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**

3 - Número da Guia Principal												
5 - Senha												
Itens de Utilidade Assistencial Solicitados												
- Data da Solicitação												
14												
16 - Conselho												
Inte												
Procedimento ou Item Assistencial												
23												
26 - I												
30 - Nome do Con												

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doenç

Atos e Exames Realizados

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 -

二十一

بـاـلـبـاـلـهـاـلـبـاـلـ

Código na Operadora/CPF

卷之三

卷之三

卷之三

Assinatura do Beneficiário

4-1-111111

卷之三

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total

ala Aut'Orizac'ā

سیاست و اقتصاد

68 -- ASSINATURA DO CONTRATO

/ ארכיאולוגיה של ירושלים

464240571

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal													
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora											
Datas do Beneficiário														
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social	Cristiane Guedes Santos Esteavam											
10 - Nome				MASC: 12/09/1983 41 ANOS - INTERNADO HPCAC D ATEND: 10/04/2025 14:24 CONO: BRADESCO										
Dados do Setor/Entidade		14 - Nome do Contratado	12 - Atendimento a RN											
13 - Código na Operadora	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO										
15 - Nome do Profissional Solicitante	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			CRM-SP 106.198										
Assinatura do Profissional Solicitante CRM-SP 106.198														
Dados da Solicitação/Procedimentos Guiltians Assistenciais Subsidiados														
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.										
1-1		Ambulância Supej												
2-1														
3-1														
4-1														
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\$			
1-1	/	/												
2-1	/	/												
3-1	/	/												
4-1	/	/												
5-1	/	/												
Assinatura do(s) Profissional(es) Executante(s)														
18 - Seq. Ref.	19 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO							
66 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável														
1-1	/	/	13-1	/	/	15-1	/	/	17-1	/	/	19-1	/	/
2-1	/	/	14-1	/	/	16-1	/	/	18-1	/	/	20-1	/	/
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					67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado								