

# 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

EMPRESA Promed Solicitante Central Jagoz Data 18/03/25

Origem: Poli Clin Lagoaço x Poli Clin 9 Juiz x

Nome: Alexandre Maia Ribeiro Idade 51 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO	Bradesco	Nº CARTEIRINHA
km 72960	km 72475	km 72500 km 72526 km 72561
Hora 18:00	Hora Chegada 18:39	Hora Chegada 19:29 Hora Chegada 20:08 Hora 20:53

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdomem	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Protuberante	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados	

## Sinais Vitais

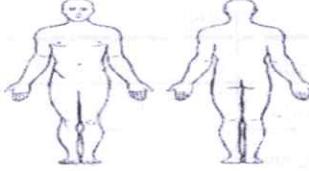
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece 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	QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie	
	I									
	II									
	III									

AUP  
MS(D)  
T=20



## 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

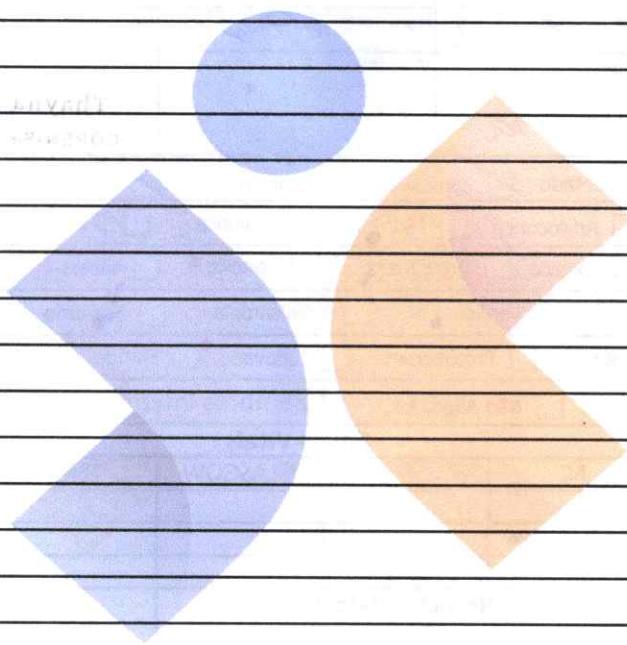
Nome	assinatura
RG/CPF	

## Observações Médicas / Enfermeiros

18:52h = Chego ao hospital de Vizem e paciente no leito, consciente, orientada sobre medicamentos, AVP sem MS(D) T=20, transpirando suor frio e cardíaco para aumentar.

19:24h = Chego ao hospital do destino p/ realização de exame, sem intercorrência.

h = Chego ao hospital de Vizem sem intercorrências.



## 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 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

Data \_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

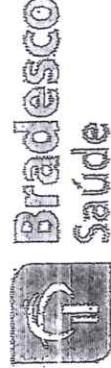
Aure

Data 30/03/25

Condutor Socorrista

...

Data \_\_\_\_\_



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

Alessandra Maria Ribeiro Da Luz

NASC: 17/08/1973 51 ANOS - INTERNACAO  
 NOME: RIBEIRO DA LUZ  
 DT ATEND: 15/03/2025 19:12  
 CONC: BRADESCO

4280928



2 - Nº Guia no Prestador

437736561

1 - Registro ANS 006741	3 - Número da Guia Principal	6 - Data da Validade da Série	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Série		
6 - Número da Carteira	9 - Validade de Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Conselho Profissional	16 - Conselho Profissional
16 - Nome do Profissional Solicitante <i>Andréa M. P. C. Pinha</i>	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
21 - Código do Atendimento <i>100101</i>	22 - Data da Solicitação <i>2025-03-13</i>	23 - Indicação Clínica <i>Anedodona simples</i>	24 - Qtde, Série, 25 - Qtd, Aut.
24 - Tafeta	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
24 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação do Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento
1 -			40 - Denominação
2 -			41 - Detalhamento
3 -			42 - Qtde, 43 - Vias, 44 - Freq., 45 - Fator Red./Acrass., 46 - Valor Unitário (R\$)
4 -			47 - Valor Total (R\$)
5 -			
6 -			
68-Sig. Ref. 49-Grau Pert. 50-Código na Operadora/OPF	69-Nome do Profissional	70-Número no Conselho	71-Nome do Conselho
72-Data de Realização da Procedimentos em Série	73-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74-Assinatura do Conselheiro	75-Assinatura do Conselho
1 -	3 -	0 -	0 -
2 -	4 -	1 -	1 -
3 -			
4 -			
5 -			
60 - Total de Procedimentos (R\$)	61 - Total de Material (R\$)	62 - Total de Medicamentos (R\$)	63 - Total de Gases Medicinais (R\$)
1 -	1 -	1 -	1 -
2 -	1 -	1 -	1 -
3 -			
4 -			
5 -			
65 - Total Geral	66 - Assinatura do Contingenciado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura pela Autorização



Alessandra Maria Ribeiro Da Luz

MASC: 17/08/1973 51 AMOS - INTERNAÇÃO  
HPCAC DT ATEND: 15/03/2025 19:12  
CONU: BRADESCO



4280928

Solicito ambulância  
simples

**Dr. José Repan de Medeiros**  
Médico  
CRM 170741

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

## **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	