

# Ficha de Acompanhamento

OS 1173  
VTR 798

|  |  |  |                                  |                                   |                                     |                                     |                              |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA            | <input checked="" 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"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM     | Outros |
|                 | <input type="checkbox"/> GTT  | <input type="checkbox"/> TQT/TOM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN  | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. |        |

EMPRESA H. C EPOG Solicitante Centro de Viagens Data 03.10.24

Origem: H. Frei Galvão x Santa casalorense

Nome: José Pedro Vieira Barreto Idade 28 Contato:

Sexo

Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO Unimed. Nº CARTEIRINHA 0020021600251002

| Saída Base                | Origem                    | Destino                                    | Destino                                     | Chegada Base      |
|---------------------------|---------------------------|--|---|-------------------|
| km <u>54725.</u>          | km <u>54766.</u>          | km <u>54778</u>                            | km <u>54492</u>                             | km <u>54830</u>   |
| Hora Chegada <u>13:58</u> | Hora Chegada <u>15:32</u> | Hora Chegada <u>17:15</u>                  | Hora Chegada <u>17:20.</u>                  | Hora <u>18:00</u> |
| Hora Saida <u>14:35.</u>  | Hora Saida <u>16:51</u>   | Vista Destino <u>Angélica G. O. Santos</u> | Vista Destino <u>Veranice Dias da Silva</u> |                   |

Neurológica  Lúcido  Orientado  Conciente  Desorientado  Inconsciente

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnêico  Taquicardia  Braquicardia  Apnéia  Cheyne Stokes  Biot  Kussmaul

Circulatório  Pulso normocadiaco  Ritimico  Arritmico  Dicrotico  Taquisfmgia  Brasisfmgia  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental

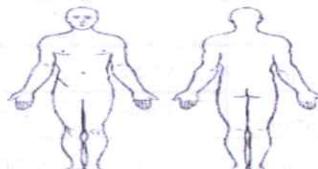
Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

## Sinais Vitais

| HORA         | PA            | FC        | FR        | GLASGOW   | TEMP | Sat O2 | Hgt |
|--------------|---------------|-----------|-----------|-----------|------|--------|-----|
| <u>14:15</u> | <u>120x80</u> | <u>80</u> | <u>18</u> | <u>15</u> | —    | —      | —   |
|              |               |           |           |           |      |        |     |
|              |               |           |           |           |      |        |     |
|              |               |           |           |           |      |        |     |

| 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           |      |       |      |       |     |     |     |     |  |
|  |             |      |       |      |       |     |     |     |     |  |
|  |             |      |       |      |       |     |     |     |     |  |
|  |             |      |       |      |       |     |     |     |     |  |



## 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>Thayla Caroline Souza da Costa</u> | assinatura <u>SC</u> |
| RG/CPF <u>434.046.678-62</u>               |                      |

## Observações Médicas / Enfermeiros

As 14:00 reúne o paciente lucido autótop, em anamnese, negar tabagismo e alíticos faz tratamento renal. Diálise 3x na semana, foi intubado no segundo dia 30/10/24 com fole de crico, está com ligaduras no pubis e fole feto anteriores e traseiros feitos. Os dias por este motivo está indo para o Hospital São Paulo de Janeiros realizou exame de Ecocardiograma transdutoral 3 dias após o exame visto que não havia melhora em função do paciente. Com este exame dos 3 dias fico a ferro diâlise, segue. Ele é um paciente com intercorrência aquando os exames renais, após a melhora da infecção, fute abdominal e lúpsico. As 16:30 retomou o paciente sem intercorrência.

Elisângela de Lima Faria  
Enfermeira  
COREN-SP: 601.917

13:20 - m/T - 17.28

## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

| Pedagios | O2           | 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 checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso | Quantos Bar Utilizou |     |     |

*Doutor Lucas*  
Medico Responsável  
CREMESP 2024

|      |          |
|------|----------|
| Data | 03/10/24 |
|------|----------|

Enfermagem Responsável  
Elisângela de Lima Faria  
Enfermeira  
COREN-SP: 601.917

|      |          |
|------|----------|
| Data | 03/10/24 |
|------|----------|

Condutor Socorrista  
*Jef.*

|      |          |
|------|----------|
| Data | 03/10/24 |
|------|----------|

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

2 - Nº Guia no Prestador

**3141171**

|                     |   |
|---------------------|---|
| registro ANS        | 3 - Número da Guia Principal<br><b>355577</b> |
| data da Autorização | 5 - Senta                                     |
| os do Beneficiário  |   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Último numero da Carteira | 9 - Validade da Carteira<br><b>31 / 01 / 2025</b> |
| os do Solicitante         | 10 - Nome<br><b>José Pedro V. Barros</b>          |

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado |
|---------------------|-------------------------|

|  |  |
|--|--|
| Nome do Profissional Solicitante                                     | 16 - Conselho Profissional<br><b>CRM-SP/10000004</b> |
| os da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados | 17 - Número no Conselho<br><b>18 - UF</b>            |

|                        |   |
|------------------------|---|
| Caráter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação<br><b>01 / 01 / 2024</b> |
| os do Executante       | 23 - Indicação Clínica<br><b>Ampliação UTI</b>    |

|   |   |
|---|---|
| Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição<br><b>37-Hora Inicial</b>                    |
| os do Atendimento                                       | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) |

|  |  |
|--|--|
| Tipo de Atendimento                                | 34 - Tipo de Consulta<br><b>L</b>                      |
| os da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento<br><b>L</b> |

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| Contratado Executante | 30 - Nome do Contratado      |
| Código na Operadora   | 31 - Código CNES<br><b>L</b> |

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Data                                  | 37-Hora Final           |
| 39-Tabela 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição          |
| 42-Qtd.                               | 43-Via44-Tec.           |
| 45-Fator Red./Acresc.                 | 46-Valor Unitário (R\$) |
| 47-Valor Total (R\$)                  |                         |

|  |  |
|--|--|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | 51-Nome do Profissional<br><b>Flávio Alberto Bonatti CRM-93615</b> |
| q. Ref. 49-Grau Part.                              | 50-Código na Operadora/CPF<br><b>L</b>                             |
| data de Realização de Procedimentos em Série       | 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br><b>L</b>           |

|  |  |
|--|--|
| Total de Procedimentos (R\$)             | 60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)           |
| Total de Materiais (R\$)                 | 61 - Total de OfME (R\$)                       |
| Total de Medicamentos (R\$)              | 63 - Total de Medicamentos (R\$)               |
| Assinatura do Responsável ou Responsável | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |

Observação / Justificativa

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| Total de Gases Medicinais (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) |
| Total Geral (R\$)               | 65 - Total Geral (R\$)               |
| Assinatura do Contratado        | 68 - Assinatura do Contratado        |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 3 - Número da Guia Principal<br><b>355577</b>               | 5 - Senta  | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>L / L / L / L / L / L</b>               | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>L / L / L / L / L / L</b> |
| 9 - Validade da Carteira<br><b>31 / 01 / 2025</b>           | 10 - Nome<br><b>José Pedro V. Barros</b>                                     | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br><b>L / L / L / L / L / L</b>               | 12 - Atendimento a RN<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                       |
| Caráter do Atendimento                                      | 16 - Conselho Profissional<br><b>CRM-SP/10000004</b>                         | 17 - Número no Conselho<br><b>UF</b>  | 18 - UF<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                                     |
| Indicação Clínica   | 19 - Código CBO<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>L / L / L / L / L / L</b> | 21 - MIL  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta<br><b>L</b>  | 27 - Qtd. Solic.  | 28 - Qtd. Aut.<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                              |
| 37-Hora Inicial   | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento<br><b>L</b>                       |   |   |
| 39-Tabela 40 - Código do Procedimento                       | 41 - Descrição<br><b>L</b>   |   |   |
| 42-Qtd.   | 43-Via44-Tec.  |   |   |
| 45-Fator Red./Acresc.                                       | 46-Valor Unitário (R\$)<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                      |   |   |
| 47-Valor Total (R\$)<br><b>L / L / L / L / L / L</b>        |  |   |   |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)          | 51-Nome do Profissional<br><b>Flávio Alberto Bonatti CRM-93615</b>           | 52-Conselho Profissional<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                    | 53-Número no Conselho<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                       |
| q. Ref. 49-Grau Part.                                       | 50-Código na Operadora/CPF<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                   | 54-UF   | 55-Código CBO<br><b>L / L / L / L / L / L</b>                               |
| data de Realização de Procedimentos em Série                | 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br><b>L / L / L / L / L / L</b> |   |   |