

Ficha de Acompanhamento

OS
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 type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" 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 Dromed Solicitante Central vagas Data 04/09/25

Origem: Policlin Jauárti x GACC São José x

Nome: Emmanuelly B. Soledade Moraes Idade 1ano Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Porto Seguro Nº CARTEIRINHA 4905088100009686

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>75535.</u>	km <u>75591</u>	km <u>75594</u>	km	km
	Hora Chegada <u>22:20</u>	Hora Chegada <u>23:50</u>	Hora Chegada	
	Hora Saida <u>23:30</u>	Hora Saida <u>24:04</u>	Hora Saida	
Hora <u>22:00</u>	Visto Origem <u>altimo</u>	Vista Destino <u>Bruno</u>	Vista Destino	Hora

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

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									

A U P
M S (D.E)
J = 24

Consentimento para transporte de Pacientes

Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia 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, é dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

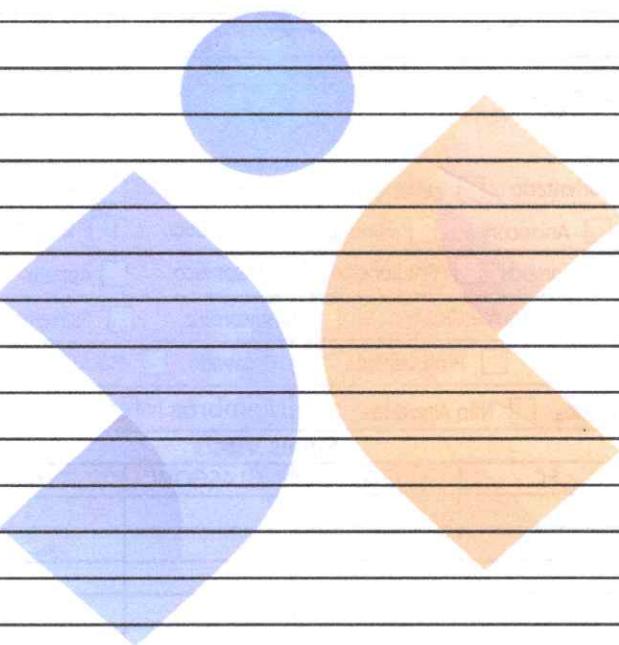
Nome	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

22:10h - Chego ao hospital de origem, bebê em sala de emergência acompanhada dos pais, monitorização multivariável + oximetro de pulso, em cateter Os 2L/min, AUL em MS (D-E) suspenso, respiração espontânea, aguardo término da flebotomia, transferi bebê para berço conforto e transferi para ambulância.

23:10h - Saí do hospital de origem.

23:50h - Chego ao hospital de destino transferi bebê aos cuidados de suporte do GAC.



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

Aline C. M.

Data 04/10/25

Condutor Socorrista

José Bonifácio

Data 09/05/25

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



4314171

Emanuelly Bezerra Teodoro Morais
NASC: 16/10/2023 1 ANO - RECEPTOR
NAME: KATHY LARAHNE BEZERRA MORAIS
NPFTE DT ATEND: 04/04/2025 01:05

1-REGISTRO ANS

000582

3-Nº GUIA PRINCIPAL

4-DATA DA AUTORIZAÇÃO

5-SENHA

6-DATA VALIDADE DA SENHA

7-DATA DE EMISSÃO DA GUIA

8-NÚMERO DA CARTEIRA
4905086100009686

9-PLANO

10-VALIDADE DA CARTEIRA

11-NOME DO BENEFICIÁRIO

12-NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

13-CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF
16-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

14-NOME DO CONTRATADO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

15-CÓDIGO CNES

Dr. Ricardo Oki

20-CÓDIGO COBOS

Pediatria Geral

GMA 105344

16-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

17-CONSELHO PROFISSIONAL

18-NÚMERO NO CONSELHO

19-UF

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

24-INDICAÇÃO CLÍNICA (OBIGATÓRIO SE PEQUENA CIRURGIA, TERAPIA, CONSULTA REFERÊNCIA E ALTO CUSTO)

21-DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO
25-TABELA

26-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

27-DESCRIÇÃO

28-OI SOLIC.

29-OI AUTORIZ.

30-CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF

31-NOME DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

32-TI.

33-LOGRADOURO

34-NÚMERO

35-COMPLEMENTO

36-MUNICÍPIO

37-UF

38-CÓDIGO IRGE

39-CEP

40-CÓDIGO CNES

41-A-CÓDIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF

42-NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE/COMPLEMENTAR

DADOS DO ATENDIMENTO

43-CÓDIGO DO PROFISSIONAL

44-NÚMERO NO CONSELHO

45-CÓDIGO COBOS

46-TIPO DE ATENDIMENTO

47-INDICAÇÃO DE ACIDENTE

48-TIPO DE SAIDA

49-CÓDIGO COBOS

50-TEMPO DE DOENÇA

51-AGUDA

52-CRÔNICA

A - ANOS

M - MESES

D - DIAS

53-HORA INICIAL

54-TABELA

55-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

56-DESCRÍCION

57-OTDE

58-VIA

59-TEC.

60-% RED./ACRESC.

61-VALOR UNITÁRIO R\$

62-VALOR TOTAL - R\$

63-TOTAL PROCEDIMENTOS R\$
64-OBSERVAÇÃO

65-TOTAL TAXAS E ALUGUEIS R\$
66-TOTAL MATERIAIS R\$
67-TOTAL MEDICAMENTOS R\$
68-TOTAL DIARIAS R\$
69-TOTAL GASES MEDICINAIS R\$
70-TOTAL GASES MEDICINAIS R\$
71-TOTAL GERAL DA GUIA R\$
72-DATA DE ASSINATURA DO RESPONSÁVEL RELA AUTORIZAÇÃO
73-DATA DE ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL
74-DATA DE ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE

ANS - nº 00058-2

M Emomelly Bezerra Todeschini Menezes

Selvânia Ann Menezes OM infec
fil novo o nome e curar.

Mother = fumante, não tem RH Ped M
Hemóbol face.

Dr(a).

CRM:

Gerson A. Possa
Pediatra
CRM-SP 78593

10/04/04 - 25

-
- 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