

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input 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	<input type="checkbox"/> CATE	<input checked="" 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/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA Promed Solicitante Centrais vozes Data 07/09/25

Origem: Policlin São Vicente x Policlin São Vicente x Policlin São Vicente

Nome: José Vitor Rocha Regende Idade 16 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 959370018249020

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
	km 176663	km 176707	km 176799	km 176758
	Hora Chegada 09:30	Hora Chegada 10:15	Hora Chegada 10:00	
	Hora Saida 09:30	Hora Saida 11:10	Hora Saida 12:25	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino Matheus de Moura Sant'Ana COPEN-SP-943446-AE	Hora 13:02

Neurológica Lúcido Orientado consiente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdômem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

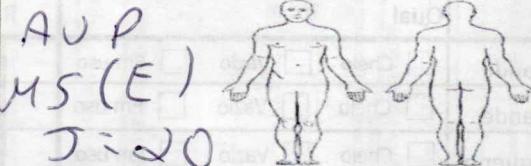
Sinais Vitais

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 _____
G/CPE

Observações Médicas / Enfermeiros

09:30h = Chegou no hospital de origem paciente em si consciente, orientado, aférre, eupneico, normocárdico, ver P.A., mantendo AUP e m MS(E)
 10:00, transferiu para maca e condução à ambulância.
 10:15 h = Chegou ao hospital de destino para realização de exame.
 11:00 h = Retorno ao hospital de origem sem intercorrência

Materiais Utilizados

Curativos

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
ana
Data 07/09/25

Condutor Socorrista
Lucas d.
Data 07/13/25

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**
João Victor Rocha Rezende

 NASC: 15/07/2008 16 ANOS - INTERNADO
 HPTTE DT ATEND: 06/04/2025 20:31
 CONU: BRADESCO

OR

437898767

**4318097**

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Principal 	4 - Data da Autorização 	5 - Senha 	6 - Data de Validade da Senha 	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 							
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 	9 - Validade da Carteira 	10 - Nome João Victor R. Rezende	11 - Cartão Nacional de Saúde 	12 - Atendimento a RN 						
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 	14 - Nome do Contratado 									
15 - Nome do Profissional Solicitante 		16 - Conselho Profissional 	17 - Número no Conselho 	18 - UF 	19 - Código CBO 	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 						
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 	22 - Data da Solicitação 	23 - Indicação Clínica Avaliação Simplex	27 - Qtde. Solic. 	28 - Qtde. Aut. 						
24 - Tabela 	25 - Código do Procedimento 	26 - Descrição 										
1 - 	2 - 	3 - 	4 - 	5 - 	27 - 	28 - 						
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 							
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-Téc. 	45-Fator Red./Acresc. 	46 - Valor Unitário (R\$) 	47 - Valor Total (R\$)
1 - 	2 - 	3 - 	4 - 	5 - 	6 - 	7 - 	8 - 	9 - 	10 - 	11 - 	12 - 	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48-Seq.Ref 	49-Grau Part. 	50-Código na Operadora/CPF 	51-Nome do Profissional 	52-Conselho Profissional 	53-Número no Conselho 	54-UF 	55-Código CBO 			
56-Data de Realização de Procedimentos em Série		57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
1 - 	2 - 	3 - M. M. Vilela	4 - 	5 - 	6 - 	7 - 	8 - 	9 - 	10 - 	11 - 	12 - 	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 00,00										
60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$) 00,00		61 - Total de Materiais (R\$) 00,00										
62 - Total de OPME (R\$) 00,00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 00,00										
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 00,00		65 - Total Geral 00,00										
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 06/04/25										
68 - Assinatura do Contratado 												