

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 checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> RX	<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/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

EMPRESA Promed SA Solicitante C. Wagner Data 06-02-25

Origem: ST - Casa Pindoba x Pro' Imagem x

Nome: Thais Eduarda C. Ribeiro Idade 24 Contato: 12-992434595

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO Bredexo

Nº CARTEIRINHA 774975055719026

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>66576</u>	km <u>66580</u>	km <u>66582</u>	km <u>66585</u>	km <u>66621</u>
	Hora Chegada <u>13:00</u>	Hora Chegada <u>13:30</u>	Hora Chegada <u>14:35</u>	
	Hora Saída <u>13:20</u>	Hora Saída <u>14:25</u>	Hora Saída <u>14:45</u>	
Hora <u>12:50</u>	Visto Origem <u>Patrícia Laura de Jesus Freire</u> <u>COREN-SP 88950211</u>	Vista Destino <u>Dayane Priscila H. P. da Silva</u> <u>Biométrica</u> <u>CRAM 41250</u>	Vista Destino <u>* Paula</u> <u>Paula Gabriela de Oliveira Lobo</u> <u>Auxiliar de Enfermagem</u> <u>COREN-SP 889502</u>	Hora <u>15:33</u>

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica 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
<u>13:20</u>	<u>130x90</u>	<u>82</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>96,2</u>	<u>98,1</u>	

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incompréhencivas 2
- Nenhuma 1

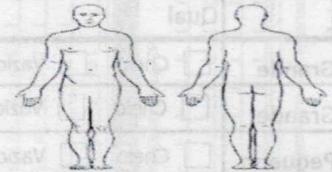
Resposta Motoria

- 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									



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 Gabriel de Souza Reis
RG/CPF 417315518-27

assinatura



Observações Médicas / Enfermeiros

Cliente encontra-se na BEG, LORE relata apresentar episódios hipertensivos após a retirada do ciso há 8 dias após receber Janutinico, relata também dor de cabeça e tontura. Encaminhada para clínica Planí, para realização de RNM, acompanhada pelo enfermeiro Adriano, inf. Carina e conduta laura, retornou prontidão sem nenhuma intercorrência no dia 06/02/25.

Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF

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
<i>[Assinatura]</i>
Data _____

Enfermagem Responsável
<i>[Assinatura]</i>
COREN - SP 514223 - ENF
Data <u>06/02/25</u>

Condutor Socorrista
<i>[Assinatura]</i>
Data <u>06/02/25</u>

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

2 - N.º Guia no Prestador

464271922

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

10 - Nome

Thain Eduarda de Castro Ribeiro

Dr. Ricardo Sammy Alíanza Collao
Neurologista / Neurocirurgião
CRM-SP 282788

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 ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

AVC

CVDs - I69

90 - Indicador de Cobertura Especial

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Ambulância Simple

27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. Aut.

1 -

1 -

1 -

1 -

2 -

2 -

2 -

2 -

3 -

3 -

3 -

3 -

4 -

4 -

4 -

4 -

5 -

5 -

5 -

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 -

1 -

1 -

2 -

2 -

2 -

2 -

3 -

3 -

3 -

3 -

4 -

4 -

4 -

4 -

5 -

5 -

5 -

5 -

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

1 -

1 -

1 -

1 -

1 -

2 -

1 -

1 -

1 -

1 -

3 -

1 -

1 -

1 -

1 -

4 -

1 -

1 -

1 -

1 -

5 -

1 -

1 -

1 -

1 -

6 -

1 -

1 -

1 -

1 -

7 -

1 -

1 -

1 -

1 -

8 -

1 -

1 -

1 -

1 -

9 -

1 -

1 -

1 -

1 -

10 -

1 -

1 -

1 -

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