

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

<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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR		<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR		<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	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

CLIENTE _____ Solicitante _____ Data 05/05/2025Origem: Unimed Vale Novo Paulista /Nome: Elisabeth Pereira dos Santos Idade 42 Contato: 11-996297523Sexo Masculino FemininoSUS / CONVENIO Convenio Unimed Nº CARTEIRINHA 00910953005089027

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>79466</u>	km <u>39531</u>	km <u>79552</u>	km	km <u>79633</u>
Hora	Hora Chegada <u>03:23</u>	Hora Chegada <u>05:52</u>	Hora Chegada	
Abner Filipe de Sousa Enfermeiro COREN-SP 511033	Hora Saída <u>05:33</u>	Hora Saída <u>02:01</u>	Hora Saída	Hora <u>03:05</u>

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<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 type="checkbox"/> Eupnáico	<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		
Abdômem	<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

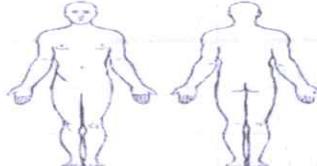
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> 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								
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									



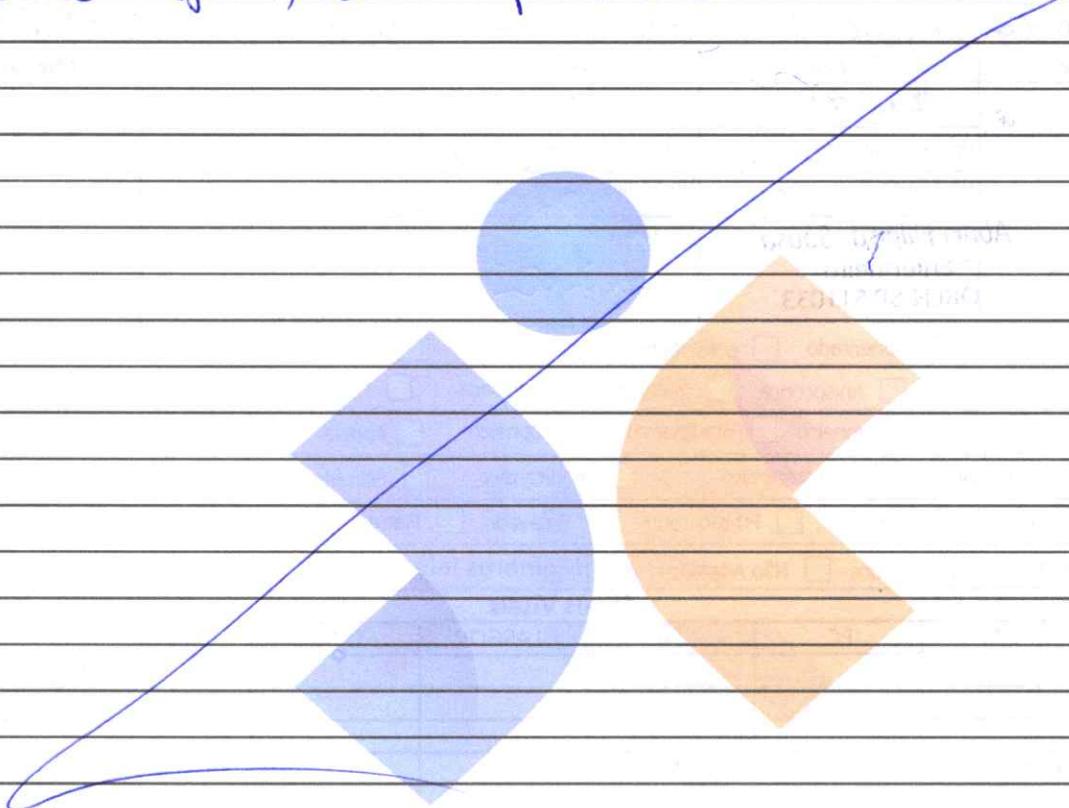
Consentimento para transporte de Pacientes

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
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

00:06 - Saído, para hospital renimed Taubaté.
 05:22 - Chegado ao hospital sem intercorrência, 01:33 - Saído do hospital com paciente na maca, em decúbito dorsal, a caminhos para hospital cocópava. 01:52: Lucido, orientado consciente, desorientando.
 01:52 Chegado ao hospital, ~~sem~~ sem intercorrência, 02:02 Saído do hospital, retorno para base.



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

Médico Responsável

Data _____/_____/_____

Enfermeiro

Euany Aptunes Gonzaga
Técnica de Enfermagem
COREN-SP 001.808.996

Data 05/10/25

Condutor Socorrista

Saúb.

Data _____/_____/_____

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

1718119

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5-Sanha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora								
3 3 4 1 5 4											
4 - Data da Autorização	6 - Data de Validade da Senha	8 - Número da Carteira	10 - Nome								
Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN								
6 - Número da Carteira											
Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	27 - Qtd. Solic.								
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	28-Qtd. Aut.								
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	17 - Número no Conselho									
Atendimento	23 - Indicação Clínica	18 - UF									
		19 - Código CBO									
24-Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descritivo	20 - Assinatura do Profissional									
ou Item Assistencial		Dr. Gilberto Ambrózio									
1 - []		CNPJ: SP 25.0316									
2 - []											
3 - []											
4 - []											
5 - []											
Dados do Contratado Executante	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES									
29 - Código na Operadora											
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 - Qtd.	43-Via	44-Tec.	45-Fator Red./Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
	1-[]	2-[]	3-[]	4-[]	5-[]	6-[]	7-[]	8-[]	9-[]	10-[]	11-[]
	2-[]	3-[]	4-[]	5-[]	6-[]	7-[]	8-[]	9-[]	10-[]	11-[]	12-[]
	3-[]	4-[]	5-[]	6-[]	7-[]	8-[]	9-[]	10-[]	11-[]	12-[]	13-[]
	4-[]	5-[]	6-[]	7-[]	8-[]	9-[]	10-[]	11-[]	12-[]	13-[]	14-[]
	5-[]	6-[]	7-[]	8-[]	9-[]	10-[]	11-[]	12-[]	13-[]	14-[]	15-[]
Identificação dos(s) Profissional(is) Executante(s)	51-Nome do Profissional	52-Conselho Profissional	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO						
48-Seq Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF											
1 - []											
2 - []											
58 - Observação / Justificativa	60 - Total de Procedimentos (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 ou Responsável	67 - Assinatura do Contratado	68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Assinatura do Autorizado	70 - Assinatura do Responsável	71 - Assinatura do Beneficiário	72 - Assinatura do Responsável					