

Ficha de Acompanhamento

OS: 1545

VTR: 798 - JUMPER

BÁSICA
APH

EXAMES
TRASF. HOSPITALAR

UTI ADULTO
ALTA HOSPITALAR

UTI NEO
INTERNAÇÃO

EVENTOS
SIV - INT

PARTICULAR

Tipos de Exames

CATE
GTT

TOMO
TQT / TQM

RX
US

CPRS
RMN

PET SCAM
T. C. HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: C. VAGAS

Data: 21/05/2025

Origen: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | X INSTITUTO DE RÁDIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

X HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: NATASHA TUANE DO NASCIMENTO

Idade: 32

Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO

NºCARTEIRINHA: 954240009652007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 81210	Km: 81265 Hora Chegada: 11:49	Km: 81270 Hora Chegada: 12:23	Km: 82275 Hora Chegada: 13:18	Km: 81280
Hora: 10:50	Hora Saída: 12:12 Visto Origem:	Hora Saída: 12:53 Visto Destino:	Hora Saída: 13:28 Visto Destino:	Hora: 14:00

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso 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

Resposta Motoria:

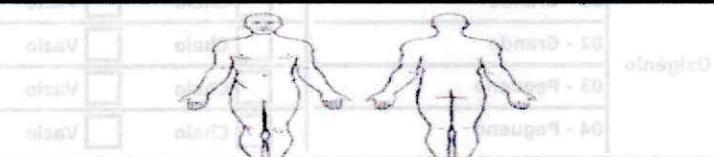
Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

T	R	A	U	M	A	D	E	M	I	M
Escoriação										
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secç										

QUEIMADURAS

Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie



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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Transferido paciente do hospital piu-12 de sjc,para clínica svo sjc sem intercorrências.

Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone	Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone
Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone	Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone
Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone	Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone
Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone	Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone
Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone	Nome	Endereço	CEP	UF	DDD	Telefone



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios	Outros:	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 - Pergueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável Data ___/___/___	Enfermagem Responsável CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ___/___/___	Condutor Socorrista SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ___/___/___
---	--	---



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

2 - N° Guia no Prestador

417827278

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Principal [REDACTED]	4 - Data da Autorização [REDACTED]	5 - Senha [REDACTED]	6 - Data de Validade da Senha [REDACTED]	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora [REDACTED]									
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira [REDACTED]		9 - Validade da Carteira [REDACTED]	10 - Nome <i>Maria da Túme Nascimento</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde [REDACTED]	12 - Atendimento a RN [REDACTED]							
Dados do Contratado		13 - Código na OCP/Operadora [REDACTED]		14 - Nome do Contratado [REDACTED]										
15 - Nome do Profissional Solicitante [REDACTED]		16 - Conselho Profissional [REDACTED]	17 - Número no Conselho [REDACTED]	18 - UF [REDACTED]	19 - Código CBO [REDACTED]	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Ana Paula Garcia</i> Ana Paula Garcia CIVI-SP 3881	21 - Caráter do Atendimento [REDACTED]	22 - Data da Solicitação [REDACTED]	23 - Indicação Clínica [REDACTED]	24 - Tabela 1 - [REDACTED] 2 - [REDACTED] 3 - [REDACTED] 4 - [REDACTED] 5 - [REDACTED]	25 - Código do Procedimento [REDACTED]	26 - Descrição <i>Solicito ambulância simples</i>	27 - Qtde. Solic. [REDACTED]	28 - Qtde. Aut. [REDACTED]
Dados do Centro de Executante		29 - Código na Operadora [REDACTED]		30 - Nome do Contratado [REDACTED]	31 - Código CNES [REDACTED]									
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento [REDACTED]	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [REDACTED]	34 - Tipo de Consulta [REDACTED]	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento [REDACTED]									
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 1 - [REDACTED] 2 - [REDACTED] 3 - [REDACTED] 4 - [REDACTED] 5 - [REDACTED]	37 - Hora Inicial [REDACTED]	38 - Hora Final [REDACTED]	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento [REDACTED]	41 - Descrição [REDACTED]	42 - Qtde. [REDACTED]	43 - Via [REDACTED]	44 - Téc. [REDACTED]	45 - Fator Red./Acresc. [REDACTED]	46 - Valor Unitário (R\$) [REDACTED]	47 - Valor Total (R\$) [REDACTED]		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref [REDACTED]	49 - Grau Part. [REDACTED]	50 - Código na Operadora/CPF [REDACTED]	51 - Nome do Profissional [REDACTED]	52 - Conselho Profissional [REDACTED]	53 - Número no Conselho [REDACTED]	54 - UF [REDACTED]	55 - Código CBO [REDACTED]					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - [REDACTED] 2 - [REDACTED]		3 - [REDACTED] 4 - [REDACTED]	5 - [REDACTED] 6 - [REDACTED]	7 - [REDACTED] 8 - [REDACTED]	9 - [REDACTED] 10 - [REDACTED]							
58 - Observação / Justificativa														
59 - Total de Procedimentos (R\$) [REDACTED]	60 - Total de Taxas e Alugueis (R\$) [REDACTED]	61 - Total de Materiais (R\$) [REDACTED]	62 - Total de OPME (R\$) [REDACTED]	63 - Total de Medicamentos (R\$) [REDACTED]	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) [REDACTED]	65 - Total Geral [REDACTED]								
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização [REDACTED]		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável [REDACTED]		68 - Assinatura do Contratado [REDACTED]										