

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

☒ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☒ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros Amigra TC

EMPRESA Plommed S.A Solicitante C. Vaz Data 05.02.25
 Origem: Hosp. Ant. Afonso x Vivalde x

Nome: Ana Carolina C. Ferreira Idade 46 Contato: _____
 Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Partido Seguro Nº CARTEIRINHA 4665136600159105
 Saída Base

km	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
<u>18:15</u>	km <u>66336</u>	km <u>66356</u>	km <u>66376</u>	km <u>66454</u>
	Hora Chegada <u>19:40</u>	Hora Chegada <u>20:47</u>	Hora Chegada <u>22:15</u>	
	Hora Saída <u>20:18</u>	Hora Saída <u>21:48</u>	Hora Saída <u>22:25</u>	
Hora <u>66256</u>	Visto Origem <u>Carlos Eduardo Ferreira Cristóvão</u> <u>COREN-SP 33.509 - ENF</u>	Visto Destino <u>Carlos Eduardo Ferreira Cristóvão</u> <u>COREN-SP 33.509 - ENF</u>	Visto Destino <u>Carlos Eduardo Ferreira Cristóvão</u> <u>COREN-SP 33.509 - ENF</u>	Hora <u>23:35</u>

Neuroológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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>20:20</u>	<u>120x80</u>	<u>60</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>35.7</u>	<u>97%</u>	

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

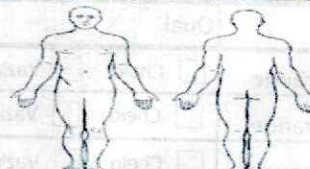
Resposta Motora

☒ Obedece 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 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, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada

Nome Elaine Aparecida Cardozo
 RG/CPF 257865888 90

assinatura

[Assinatura]

Observações Médicas / Enfermeiros

20H05: Recebo caso na sala clínica do hospital de origem em Jacareí. Paciente encontra-se consciente, lúcida, orientada, anêmica, acianótica, nega dor precordial ou demais queixas no momento, estável. 20H10 saída do hospital em Jacareí-SP. Durante viagem paciente estável, acordada, monitorizada, FC 56 bpm e saturação 98%, assintomática. 20H40: chegada no Hospital Vivall em STC, paciente segue assintomática. 21H23: Acompanho paciente durante realização de exame, sem intercorrências. Administrado Hecorvil sublingual conforme protocolos do hospital Vivall, paciente lúcida, orientada e concordante. 21H40: Retorno a caminho do hospital de origem, paciente FC 67 bpm e saturação 94%.

Dra. Lara F. Polzatto
Médica
CRM: 264.830

Materiais Utilizados

M = 18:47 / 23:12
Transporte

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
Dra. Lara F. Polzatto
Médica
CRM: 264.830
Data 05/02/25

Enfermagem Responsável
Assia Jane de Toledo
COREN - SP 514223 - ENF
Data 05/02/25

Conductor Socorrista
Lucas M.
Data 05/02/25

SEGUROS

1- REGISTRO ANS ANS- n.º 00058-2		3- NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL	
4- DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11		5- SENHA	
8- NÚMERO DA CARTERA			
13- CÓDIGO NA OPERADORA		14- NOME DO CONTRATADO	
16- CONSELHO PROFISSIONAL		17- NÚMERO NO CONSELHO	

Pac: Ana Carolina de Castro Ferreira

Nome Social:

Nr: 311485 Dt Ent: 02/02/2025 21:44 Feminino
DTNasc: 20/02/1978 Idade: 46 anos e 11 meses
Convenio: Porto Seguro Plano: Ouro IV Empresarial
Carteirinha: 4665136600159165
UTI Adulto 2 - HCAA Internado



ANEXILAR
/ SADT

2- N.º GUIA NO PRESTADOR

21- CARÁTER DO ATENDIMENTO		22- DATA DA SOLICITAÇÃO 11/11		23- INDICAÇÃO CLÍNICA da Jorjica	
----------------------------	--	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

24- TABELA	25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO OU ITEM ASSISTENCIAL	26- DESCRIÇÃO	27- QTDE. SOLIC.	28- QTDE. AUT.
1-		TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA UTI, ida		
2-		e volta p/ realização de Angio TC me		
3-		urialle.		
4-				
5-				

29- CÓDIGO NA OPERADORA		30- NOME DO CONTRATADO		31- CÓDIGO CNES	
-------------------------	--	------------------------	--	-----------------	--

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. VIA	43- FATOR RED/ACRESC. TEC.	44- FATOR RED/ACRESC. TEC.	45- VALOR UNITÁRIO (R\$)	46- VALOR TOTAL (R\$)
1-										
2-										
3-										
4-										
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

56- DATA DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM SÉRIE		57- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	
1- 11/11/2025	3- 11/11/2025	5- 11/11/2025	7- 11/11/2025
2- 11/11/2025	4- 11/11/2025	6- 11/11/2025	8- 11/11/2025
9- 11/11/2025	10- 11/11/2025		

58- OBSERVAÇÃO JUSTIFICATIVA Medico Alexandre S. Fantauzzi CRM 98763						
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				