

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

5.20

☒ 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

EMPRESA H. Celso Solicitante C. Vagner Data 20/02/1

Origem: Aparecida St. casa x Fru. Galvão x

Nome: Celso Gonçalves Dias Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00200671001136008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>139000</u>	km <u>139055</u>	km <u>139066</u>	km <u>139102</u>	km
	Hora Chegada <u>14.00</u>	Hora Chegada <u>14.30</u>	Hora Chegada <u>15.00</u>	
	Hora Saída <u>14.20</u>	Hora Saída <u>14.40</u>	Hora Saída	
Hora <u>13.00</u>	Visto Origem <u>13.00</u>	Visto Destino <u>14.00</u>	Visto Destino	Hora

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☒ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados Membros Inferiores ☒ Alterados ☐ Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>14.00</u>	<u>120x80</u>	<u>78</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>36</u>	<u>98%</u>	

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

## Resposta Motora

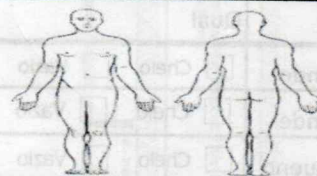
☒ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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 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 JEFFERSON R. C. MARCELINO

RG/CPF 30489697801

assinatura

*[Assinatura]*

## Observações Médicas / Enfermeiros

Cliente apresenta-se Bg, rote, eufórico, em AM, SAT 98%. Mantendo ACP em FC, aliviado por vários flaps - ticos, duve quente por felds, MME idiomáticos e MIE com lras reativas. Transferido p/ Fui Gubria em ambulância simples, acompanhado p/ enfermeiro e familiar, sem nenhuma intercorrência no trajeto.

Cassia Jane de Toledo  
SP 514223 - ENF

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

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

**Médico Responsável**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Enfermagem Responsável**

Cassia Jane de Toledo  
COREN - SP 514223 - ENF

Data 20/02/25

**Condutor Socorrista**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

2- Nº Guia no Prestador

3469874

o ANS

3 - Número da Guia Principal

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Beneficiário

9 - Validade da Carteira Profissional

89 - Nome Social

Nome do Beneficiário

12 - Atendimento a RN

Solicitante

14 - Nome do Contratado

do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

do

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura Especial

Dr. Renato H. Gonçalves Dias  
Cardiologista  
CRM-SP 147023

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

Procedimento

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Contratado Executante

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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

Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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\$)

do do(s) Profissional(is) Executante(s)

49-Gran Part. 50-Código na Operadora/CPF

51-Nome do Profissional

53-Conselho Profissional

53-Número no Conselho

54-UF

55-Código CBO

Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

Assinatura / Justificativa

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 dos Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado