

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1511

VTR: 2

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input checked="" type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
<input type="checkbox"/> APH	<input checked="" type="checkbox"/> TRAS.F. 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"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C. HIPER
-----------------	---	--	--	---	---

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: C. VAGAS Data: 08/05/2025  
 Origem: HOSPITAL POLICLIN - TAUBATÉ - TAUBATÉ | SP X HOSPITAL POLICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL POLICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: Lavinia AROEIRA DE LIRA MACEDO Idade: 16 Contato: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino  
 SUS/CONVENIO: BRADESCO / Med NºCARTEIRINHA: 951019933042271504

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 179727	Km: 179735	Km: 179777	Km: 179777	Km: 179827
	Hora Chegada: 17:30	Hora Chegada: 18:45	Hora Chegada: 18:45	
Hora: 16:55	Hora Saída: 17:59	Hora Saída: 19:00	Hora Saída: 19:00	Hora: 20:21
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

**Neurológica** ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

**Pupilas** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

**Respiratória** ☐ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

**Circulatório** ☐ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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 Incompreêncivas 2

## Resposta Motora:

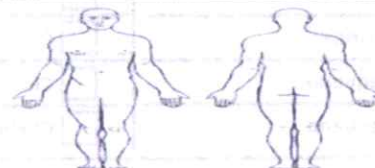
☐ Obdece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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 \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
 RG/CPF \_\_\_\_\_

## Observações Médicas / Enfermeiros

Recebo paciente, feminina, 16 anos, LOTE, BEG, comunicativa, eupneica em AA, mantendo AVP em MSD em soroterapia, infundindo 10 ml SG 5% para ser infundido em 2h, transferida para maca da Ambulância, acompanhada da mãe, aos cuidados do Dr Briet, Téc Priscila, e encaminhada para Policlínica SJC sem intercorrências Cond : Saulo Tec : Priscila Med : briet



## Materiais Utilizados

# REALVIDAS

Pedagios		Outros:			Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		

Médico Responsável

Dr. Briet

LUIZ BRIET DE ALMEIDA  
CRM/ 49794

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

Enfermagem Responsável

PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATÉ  
Coren/ 1143008

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

Condutor Socorrista

SAULO RICARDO DOMINONE CESAR  
CNH/ 047.907.749-35

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





Mediservice

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL  
SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA - SP/SA

Lavinia Aroeira De Lira Macedo

MSC: 27/02/2009 16 ANOS - RECEP PS  
MEL: ERIKA AROEIRA DE LIRA MACEDO  
MATE: DT 08/05/2025 06:38

4374250

1- Registro ANS		3- Nº Guia Principal (Paciente Internado)		4- Data de Autorização		5- Senha		6- Data Validade da Senha		7- Data de Emissão da Guia	
DADOS DO BENEFICIÁRIO											
8- Número da Carteira		9- Plano		10- Validade da Carteira		11- Nome		12- Número do Cartão Nacional de Saúde			
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE											
13- Código na Operadora / CNPJ / CPF		14- Nome do Contratado		17- Conselho Profissional		18- Nº no Conselho		15- Código CNES			
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS											
21- Data / Hora da Solicitação		22- Caráter da Solicitação		23- CID 10		24- Indicação Clínica (obrigatória se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)		28- Qtde. Solic. 29- Qtde. Aut.			
E-Eletiva U-Urgência/Emergência		27- Descrição									
25- Tabela 26- Código do Procedimento											
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE											
30- Código na Operadora / CNPJ / CPF		31- Nome do Contratado		32- T.L.		33-34-35- Logradouro - Número - Complemento		36- Município		37- UF	
40a- Código na Operadora / CPF do exec. Complementar		41- Nome do Profissional Executante/Complementar		42- Conselho Profissional		43- Número no Conselho		44- UF		45- Código CBO-S	
								44a- Grau de Participação		40- Cód. CNES	
DADOS DO ATENDIMENTO											
46- Tipo de Atendimento		01-Remoção 02-Pequena Cirurgia 03-Terapias 04-Consulta 05-Exame 06-Atendimento Domiciliar 07-SADT Internado 08-Quimioterapia 09-Radioterapia 10-IRS (Terapia Renal Substitutiva)		47- Indicação de Acidente		48- Tipo de Saída		1- Retorno 2- Retorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 6- Óbito			
CONSULTA REFERÊNCIA											
49- Tipo de Doença		50- Tempo de Doença		51- Tipo de Doença		52- Tipo de Doença		53- Tipo de Doença		54- Tipo de Doença	
A-Aguda C-Crônica		A-Anos M-Meses D-Dias									
PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS											
51- Data		52- Hora Inicial		53- Hora Final		54- Tabela		55- Código do Procedimento		56- Descrição	
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
63- Data e Assinatura de Procedimentos em Série											
1.											
2.											
64- Observação											
65- Total Procedimentos R\$		66- Total Taxas e Aluguéis R\$		67- Total Materiais R\$		68- Total Medicamentos R\$		69- Total Diárias R\$		70- Total Gases Medicinais R\$	
86- Data e Assinatura do Solicitante		87- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89- Data e Assinatura do Prestador Executante		90- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91- Total Geral da Guia R\$	