

# 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 type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input checked="" type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA Riomed Solicitante Central Vagos Data 20/03

Origem: Posp. 10 sulco x único Viseu x Posp. 10 sulco

Nome: Anessir Santos Pereira Idade 65 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 775 042 000 891 002

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 72909	km 72911	km 72927	km 72956	km 72966
Hora Chegada 06:50	Hora Chegada 07:58	Hora Chegada 11:25	Hora Chegada 11:40	
Hora Saída 06:20	Hora Saída 07:33	Vista Origem	Vista Destino	Hora 12:00

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  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

## Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incompréhencivas 2
- Nenhuma 1

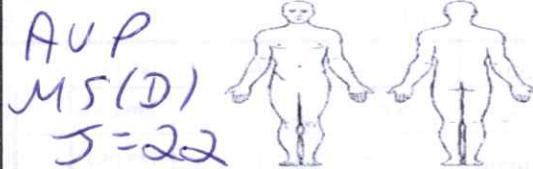
## Resposta Motora

- 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 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

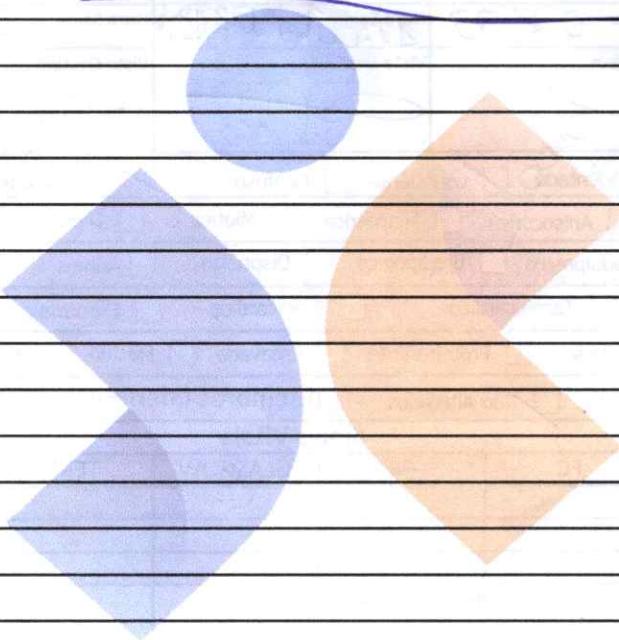
06:50h: Chego no hospital de origem paciente em coma hospitalar, consciente, orientado, ralenti, hipotônico normocárdico, mantendo AUP em MS (D1) T: 32, Sinfármico + Curativo em MI (E).

07:10h: Aguardo paciente (Filha) chegou.

07:33h: Transfui paciente f/maca e conduzi à ambulância.

11:25h: Chego no hospital de destino para realização de fribulânea.

11:40h: Saio do hospital de origem serr., intercorrência.



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

Médico Responsável

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

Enfermagem Responsável

Aline

Data 20/03/25

Condutor Socorrista

Lucas H

Data 20/03/25

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

**Unimed** |    
 Pithamorahangaba

• Registro ANS	3 - Número da Guia Principal									
4 - Data da Autorização	5 - Senha									
Dados do Beneficiário										
6 - Número da Carteira	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira									
10 - Nome	89 - Nome Social									
Dados do Solicitante										
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado									
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho								
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Bens Assistenciais Solicitados		18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante						
21 - Cartera do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica								
24- Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição								
1 -										
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
Dados do Contratado Executante										
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado									
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	91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional					
Dados de Execução / Procedimentos & Exames Realizados										
36-Data	37-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento	41-Descrição	42 - Qtde.	43-Via 44-Tec.	45-Fator Red/Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)			
1-1										
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48-Seq. Ref. 49-Grau Part.	50-Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional								
55-Data de Realização dos Procedimentos em Série										
1-								5-		
2-								6-		
3-								7-		
4-								8-		
Justificativa										
62 - Total de Orçamentos (R\$)										
63 - Total de Medicamentos (R\$)										
64 - Total de Gasosa Medicinal										
65 - Total Geral (R\$)										