

Ficha de Acompanhamento

OS 1035
VTR 318

<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 checked="" 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	Outros	CONDUZIDA PELA EQUIPE
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.		

EMPRESA Cepog Jundiaí Solicitante CENTRAL VAGAS Data 03/07/2015

Origem: Cepog Hosp. x CLÍNICA SANTA ROSA x Cepog Hos.p.

Nome: Leonardo MOTA DOS SANTOS Idade 52 Contato: 11 21936555-0590

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNimed GIGARA Nº CARTEIRINHA 00200672000190007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>156540</u>	km <u>156593</u>	km <u>156582</u>	km
<u>156505</u>	Hora Chegada <u>19:44</u>	Hora Chegada <u>15:03</u>	Hora Chegada <u>16:53</u>	<u>156575</u>
Hora	Hora Saída <u>19:58</u>	Hora Saída <u>16:30</u>	Hora Saída <u>16:48</u>	Hora
	Visto Origem <u>14:00</u> Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF	Vista Destino <u>Estella V. L. B. Santos</u> COREN-SP 1165505 - TE	Vista Destino Bruno Ferrari Martins dos Santos COREN-SP - 182.203 - ENF	<u>17:33</u>

Neurológica Lúcido Orientado Conciente Desorientado Inconsciente

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miótica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquicardia Braquicardia Apnéia Cheyne Stokes Biot Kussmaul

Circulatório Pulso normocadiaco Ritímico Arritmico Dicrotico Taquisfmgia Brasismgia 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>19:58</u>	<u>—</u>	<u>72</u>	<u>22</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>98%</u>	<u>—</u>
<u>16:30</u>	<u>122/88</u>	<u>66</u>	<u>72</u>	<u>15</u>	<u>—</u>	<u>97%</u>	<u>—</u>

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

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

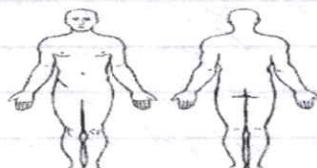
Resposta Motora

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

TRAUMA	Description	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
Cont										
Ferim										
Luxa										
Frat										
Lace										
Secc										

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 <u>JONATHAN MONTEIRO DOS SANTOS</u>	Assinatura <u>[Signature]</u>
RG/CPF <u>425.965.568-33</u>	

Observações Médicas / Enfermeiros

14:44 Pacote pote do hospital Cepog p/ Realizar exame de RNM na clinica Santa Clara. Saí da cidade um RNM encopelado p/ inverter posição idé para cair e humo fume (E) o long triste. Pote vazio encopelado no dia 02/05 e relato de farmacimenteria e solos menino em ms (E). Fase atual (E) anot fez exame de cão p/ mT (E). Pote relato que há 01 mês lentes já sentia dor distâncias em mó (E) dormimento e dificuldade de movimentos como um urso permanente arredando os braços para trás. Pode manter posição consciente, comunicativa, respondente. Normocapnia, normotensão. Flagon (E) se alterava em 55 VN. Movimento de AVP em ms (E); negar dor nas costas ou dor no lado esquerdo. Alimentou-se às 11:30. Movimento em flexum.

16:15 Entrou para a Pedi da Creto Junta e os pais chegaram.

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

Tiago Ferraz Martins dos Santos
COREN-SP 162.203 - ENF

Materiais Utilizados

REAU 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

Jessica de Moura Viana
Enfermeira
COREN-SP 669.65.7

Data

Condutor Socorrista

Luis Fernando

Data

09/07/24

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

2- Nº Guia no Prestador

0004391520
 1 - Registro ANS
 3 5 5 5 7 7
 4 - Data da Autorização
 03/07/2024
 Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira
 0 2 0 . 0 6 7 2 . 0 0 0 1 9 0 . 0 0 0 . 7
 Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora
 0 2 0 , 9 9 9 9 9 9 9 7 - 9
 15 - Nome do Profissional Solicitante
 ANA PAULA NISHIMOTO
 Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento
 Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 03/07/2024
 23 - Indicação Clínica
 PARESTESIA FACIAL E
 24-Tabela
 ou Item do Procedimento
 18 6 0 0 1 8 9 9 2
 25-Descrição
 REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO COM ENFERMAGEM PARA SADT NO MUNICIPIO POR KM

 26 - Código do Procedimento
 27-Qtdade
 1
 28-Qtdade. Aut.
 1,00
 29 - Código na Operadora
 020.00082627-2
 30 - Nome do Consultado
 PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA

 Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento
 0 5
 33 - Indicação de Acidente /acidente ou doença relacionada
 9

 34 - Tipo de Consulta
 1
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
 1

 3 - Número da Guia Principal
 0 0 0 4 3 9 1 5 2 0
 6 - Data de Validade da Senha
 01/09/2024
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 7 0 0 0 0 0 6 3 4 3 1 5 7 0 0
 N

 10 - Nome
 LEONARDO MOTA DOS SANTOS
 11 - Atendimento a RN

 14 - Nome do Contratado
 PRESTADOR NAO COOPERADO

 16 - Conselho Profissional
 06
 17 - Número no Conselho
 44223
 18 - UF
 35
 19 - Código CBO
 225250
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

 21 - Caráter do Atendimento
 Atendimento
 22 - Data da Solicitação
 03/07/2024
 23 - Indicação Clínica
 PARESTESIA FACIAL E
 24 - Descrição
 ou Item do Procedimento
 18 6 0 0 1 8 9 9 2
 25 - Código do Procedimento
 26 - Código na Operadora
 020.00082627-2
 27 - Nome do Consultado
 PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA

 28 - Código CRES
 9 7 7 7 9 5 4
 29 - Código na Operadora
 020.00082627-2
 30 - Nome do Consultado
 PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA

 31 - Indicação de Acidente /acidente ou doença relacionada
 9
 32 - Tipo de Consulta
 1
 33 - Motivo de Encerramento do Atendimento
 1

 34 - Tipo de Exames Realizados
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
 1

 36 - Data
 1- 03 / 07 / 2024
 2- 17/08
 3- 17/08
 4- 17/08
 5- 17/08
 6- 17/08

 37 - Hora Inicial
 38 - Hora Final
 39 - Tabela 40-Código do Procedimento
 41 - Descrição
 42 - Qtdade.
 1,00
 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acresc.
 0,00
 46 - Valor Unitário (R\$)
 0,00
 47 - Valor Total (R\$)
 0,00

 48 - Seq.Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF
 51-Nome do Profissional
 52- Conselho Profissional
 53-Número no Conselho Profissional

 54-UF
 55-Código CBO

 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 1- 1
 2- 1
 3- 1
 4- 1

 5 - 1
 6 - 1
 7 - 1
 8 - 1

 9 - 1
 10 - 1

 64 - Total de Medicamentos (R\$)
 65 - Total Geral (R\$)

 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 BENEFICIARIO NO HOSPITAL CEPOG FOI REMOVIDO PARA CLINICA SANTA ROSA PARA REALIZAR EXAME RESSONANCIA

 67 - Assinatura do Consultado
 BENEFICIARIO NO HOSPITAL CEPOG FOI REMOVIDO PARA CLINICA SANTA ROSA PARA REALIZAR EXAME RESSONANCIA

68 - Assinatura do Consultado