

# Ficha de Acompanhamento

OS 1417  
VTR 318

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☒ EXAMES ☐ TRANSFERÊNCIA 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 João Pedro Solicitante Central de Laboratório Data 26/03/25

Origem: Hospital Policlínico de Curitiba x U.R. Tamboré

Nome: Gabriel Alexander Dias Pereira Idade 28 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO

Nº CARTEIRINHA

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 175389	km 175423	km 175459	km 175466	km
	Hora Chegada 14:23	Hora Chegada 15:09	Hora Chegada 16:50	
	Hora Saída 14:37	Hora Saída 16:30	Hora Saída 16:58	
Hora 13:30	Visto Origem <u>Flávia R. da Silva</u>	Visto Destino <u>Michele Tamara Ferreira</u>	Visto Destino <u>Flávia</u>	Hora

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 ☐ 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
15:00				15			

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

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

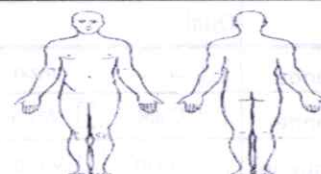
## Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

## QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	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

14:30 Recebo paciente Gabriel Alexander, 28a Perena  
de 28a e 15 Corado, exposto, hidratado, c/  
vitalidade em 115E. Paciente el quebrai alfiar  
segue remoção acompanyado da equipe de enfermeiros  
como um familiar.

15:05 Chegada ao destino remoção el interconm  
16:30 Inicia exame realizado el sucesso  
16:50 Inicia remoção de pedras a onja  
17:50 - Sinto o paciente el esp-Plasma  
Bo de entrega por el dja el o paciente.

Eliane de Souza  
Enfermeira  
CRMSP 183978

Eliane de Souza  
Enfermeira  
CRMSP 183978

Eliane de Souza  
Enfermeira  
CRMSP 183978

## 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	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

Data

Enfermeiro Responsável

Data

Conductor Socorrista

Data

Eliane de Souza  
Enfermeira  
CRMSP 183978

26/03/25





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

2 - N.º Guia no Prestador  
464240571

Gabriel Alexander Dias Pereira

NASC: 26/07/1996 28 ANOS - INTERMADO  
HPCAC DT ATEND: 25/03/2025 23:56  
CONV: BRADESCO



4297576

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
10 - Nome		13 - Código na Operadora		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.	
11 - Nome do Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
13 - Código na Operadora		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.		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		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.		43 - Via		44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrec.	
46 - Valor Unitário - R\$		47 - Valor Total - R\$		48 - Soc. Ref.		49 - Grau Par.		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	
58 - Observações/Justificativa		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		69 - Total Geral (R\$)	

Gabriel A. Vlas Pereira

Solicito ambulância  
simples para exames  
TC abd e pelve

Ercides R. Rodrigues Filho  
Médico  
CRM 100.188

26/03/25

Dr(a).

CRM:

- 
- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos-SP
  - Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos-SP
  - Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos-SP
  - Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí-SP
  - Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
  - Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté-SP