

Ficha de Acompanhamento

OS: 1548

VTR: 520 - DUCATO

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT / TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input checked="" type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C. HIPER Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: C Vagas

Data: 22/05/2025

Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | X INSTITUTO DE RÁDIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

X HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: NATASHA TUANE DO NASCIMENTO

Idade: 32

Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Bradesco

NºCARTEIRINHA: 954240009652007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 142569	Km: 141631	Km: 141636	Km: 12641	Km: 142704
Hora: 10:15	Hora Chegada: 12:00 Hora Saída: 12:15 Visto Origem:	Hora Chegada: 12:30 Hora Saída: 13:34 Visto Destino:	Hora Chegada: 13:40 Hora Saída: 13:49 Visto Destino:	Hora: 13:59

Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Lúcido	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôrica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdome	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados		Membros Inferiores	<input checked="" type="checkbox"/> Alterados	<input type="checkbox"/> Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular:

<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 4 voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2 Nenhuma 1
---	---

Resposta Verbal:

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

Resposta Motora:

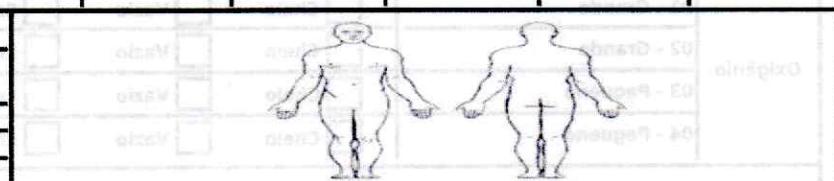
- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4

- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	Luxa									
A	Frat									
M	Lace									
A	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

PACIENTE TRANSFERIDO PARA TRATAMENTO DE RADIO, NÃO HOUVE INTERCORRENCIA.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Outros:	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 PRISCILA ALVES DOS SANTOS - TEC. TAUBATE Coren/ 1143008 Data _____	Condutor Socorrista CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data _____
----------------------------------	--	--



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

2 - Nº Guia no Prestador

4178276

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora						
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome <i>Márcia Tuane Nascimento</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado							
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Série 1 - Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	 <i>Núcia Leal da Silva Góes</i> <i>Clinica Médica</i> <i>CRM-SP 187281</i>								
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição				27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.				
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES									
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								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
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./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)											
48-Seq Ref	49-Grau Part.	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									
1 -	3 -	5 -	7 -	9 -	10 -						
2 -	4 -	6 -	8 -								
58 - Observação / 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					
66 - Assinatura do Responsável na Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado							