

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

☐ 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 ☐ Outros
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER.

EMPRESA H. Celbgi Solicitante C. Vajab Data 09.02.25

Origem: CEPOG GUARÁ x PRE. GOLVIA x

Nome: Fernando Carneiro Bonzer Idade 77 Contato: _____

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO UNI MED CEPOG

Nº CARTEIRINHA 0 020 0163001552 009

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>68140</u>	km <u>68177</u>	km <u>68180</u>	km	km <u>68224</u>
	Hora Chegada <u>9:30</u>	Hora Chegada <u>10:08</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>10:03</u>	Hora Saída <u>10:26</u>	Hora Saída	
Hora <u>08:50</u>	Visto Origem <u>Rogério Leite de Aguiar</u> <u>COREN-SP 505796-ENF</u>	Visto Destino <u>Giovanna Helena da Silva Cavalca</u> <u>COREN-SP 841.175 - ENF</u>	Visto Destino	Hora <u>11:30</u>

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☒ consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ 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
<u>10:05</u>	<u>120x80</u>	<u>81</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>99%</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improprias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

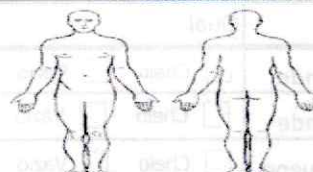
Resposta Motora

- ☒ 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	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 Dr. Fernando H. B. Bonzer

assinatura

RG/CPF 29579 080-8

Dr. Fernando H. B. Bonzer

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transferido para continuidade de tratamento de CA, uso de SVD, AUP em MSD, entregamos o paciente sem intercorrências.

[Assinatura]

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	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

John 252195

Data

Enfermagem Responsável

Onica Ribeiro
599 986

Data

09/02/25

Conductor Socorrista

Leis Fernando

Data

09/02/25



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

2- Nº Guia no Prestador

3666745

1 - Registro ANS _____ 3 - Número da Guia Principal _____

4 - Data da Autorização _____ 5 - Senha _____ 6 - Data de Validade da Senha _____

8 - Número da Carteira _____ 9 - Validade da Carteira _____ 89 - Nome Social _____ 12 - Atendimento a RN _____

10 - Nome _____ 11 - Nome do Contratado _____

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 _____ 90 - Indicador de Cobertura Especial _____

21 - Caráter do Atendimento _____ 22 - Data da Solicitação _____ 23 - Indicação Clínica _____ 24 - Tabela _____ 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____ 26 - Descrição _____ 27 - Qtd. Solic. _____ 28 - Qtd. Aut. _____

29 - Código na Operadora _____ 30 - Nome do Contratado _____ 31 - Código CNES _____

32 - Tipo de Atendimento _____ 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) _____ 34 - Tipo de Consulta _____ 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____ 91 - Regime de atendimento _____ 92 - Saúde Ocupacional _____

36 - Data _____ 37 - Hora Inicial _____ 38 - Hora Final _____ 39 - Tabela _____ 40 - Código do Procedimento _____ 41 - Descrição _____ 42 - Qtd. _____ 43 - Via _____ 44 - Tec. _____ 45 - Fator Red./Acresc. _____ 46 - Valor Unitário (R\$) _____ 47 - Valor Total (R\$) _____

48 - Seq. Red. _____ 49 - Grau Part. _____ 50 - Código na Operadora/CNP _____ 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 - 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 (R\$) _____ 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____ 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ 68 - Assinatura do Contratado _____