

Ficha de Acompanhamento

VTR 318

☒ BASICA
 ☐ UTI ADULTO
 ☐ UTI INFANTIL
 ☐ UTI NEO
 ☐ UTI ÁREA
 ☐ EVENTOS
 ☐ PARTICULAR
 ☐ APH
☒ EXAMES
 ☐ TRASFERÊNCIA 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 Primed. SA. Solicitante C. Vafers Data 16.02.25

Origem: H. Policlín. CACAPAU x H. Rio XII x H. Policlín. CACAPAU

Nome: ANA LUCIA FERREIRA SOUSA Idade _____ Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO BRADES Nº CARTEIRINHA _____

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 173527	km 17351	km 17358	km 173622	km 173657
	Hora Chegada 15:00	Hora Chegada 15:30	Hora Chegada 17:30	
	Hora Saida 15:10	Hora Saida 17:00	Hora Saida 18:00	
Hora 19:10	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 18:50

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

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ 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

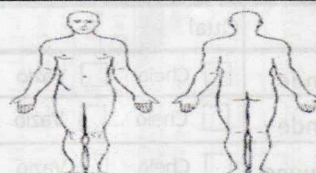
Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input type="checkbox"/> voz 3 <input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompreêncivas 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> 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 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 Rafael Donagatti assinatura Rafael
 RG/CPF 042.409.045-00

Observações Médicas / Enfermeiros

REMOÇÃO REALIZA SEM INTERCORRENCIA

Materiais Utilizados

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
Almeida Cam: 071016
Data ____/____/____

Condutor Socorrista
[Assinatura]
Data ____/____/____

- Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

- Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

- Número do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento

3 - Nome

- Dados do Solicitante

5 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

5 - 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

- Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

1 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

Dr. Ricardo Oki
Pediatra Geral
CRM 105544

4 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

AMBUULANCIA SIMPLOS

27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde.

- Dados do Contratado/Executante

9 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

- Dados do 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 da Execução/Procedimentos e Exames Realizados

6 - 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\$

- Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

8 - 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

6 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

8 - Observações/Justificativa

7 - 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 Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado