

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 218

<input 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 type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/>

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TOM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA H.CEJOF Solicitante C.VAFOR Data _____

Origem: Sp. Cepog x Fui Galvão x

Nome: Isabel Cristina Miguel Melo Idade 63 Contato: _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO AVAMP

Nº CARTEIRINHA 860 0822352248 00-9

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 173866	km 173875	km 173877	km	km
Hora Chegada 19:10	Hora Chegada 19:35	Hora Chegada 19:35	Hora Chegada	

Hora 18:18	Visto Origem <u>Endereço: Rua das Flores Alves</u> <u>Thamires Eugênio de Moraes</u> <u>COREN-SP 207376 - ENF</u>	Vista Destino <u>Thamires Eugênio de Moraes</u> <u>COREN-SP 507367 - ENF</u>	Vista Destino	Hora
------------	---	---	---------------	------

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico 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

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

Resposta Verbal

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

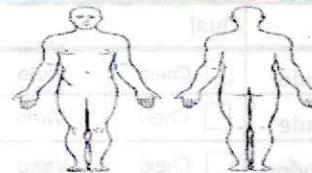
Resposta Motoria

- Obdece comandos 6
- Localiza Dor 5
- Movimentos de retardia 4
- Flexão Anormal 3
- Extensão Anormal 2
- 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	Perin	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 Vanessa Medina Cristina Timóteo

assinatura

RG/CPF 30821111-X

Observações Médicas / Enfermeiros

Encontra-se consciente, orientada, calma, comunicativa. Mantendo APV em - dorso da mão @ salinizado, sem sinal de flogísticos. Transferida para hospital São Geraldo, em ambulância de CTI em parada pela filha Dr. Brigit e enfermagem sem nenhuma intercorrência no trajeto.

Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 51423 - ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

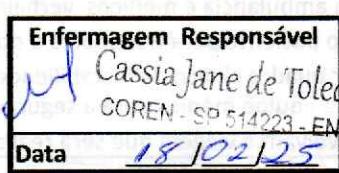
Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	
	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: ___/___/___

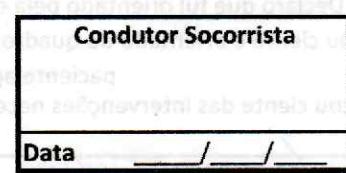
Enfermagem Responsável



Cassia Jane de Toledo
COREN - SP 51423 - ENF

Data: 18/10/25

Condutor Socorrista



Data: ___/___/___

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

2- Nº Guia no Prestador

3768650

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
_____	_____
4 - Data da Autorização	5-Senha
_____	_____
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	
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	
21 - Cânter do Atendimento	
22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica	
24-Tabela ou Item Assistencial	
25- Código do Procedimento	
26 - Descrição	
27-Qtds. Solt.	
28-Qtds. Aut.	
29 - Código da 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	
91 - Regime de atendimento	
92 - Saúde Ocupacional	
36-Data	
37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição	
42 - Qtds. 43-Via 44-Tec. 45-Fator Red/Acresc. 46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)	
50-Seq Ref 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	
1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____ 6 - _____ 7 - _____ 8 - _____ 9 - _____ 10 - _____	
58-Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxes e Alugueis (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	