

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

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

EMPRESA Unimed Santak' Solicitante Bentil Jagoas Data 05/05/25

Origem: Hospital Unimed São Paulo x Hospital Unimed Campinas

Nome: Valentina de Sá Lautaro Couto Idade 87 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 0004 5500012033062

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 79.740	km 79.748	km 79.769	km	km 79.804
Hora 17:30 hs	Hora Chegada 17:54 Visto Origem: <i>Ewerton da Silva</i> Enfermeiro: <i>Vanessa Shihata</i> COREN-SP 776728	Hora Chegada 18:35 Vista Destino: <i>Vanessa Shihata</i> Enfermeira: <i>Ewerton da Silva</i> COREN-SP 305.059	Hora Chegada	Hora 20:00

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  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
18:10		76		15	36.5	99%	-

### 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

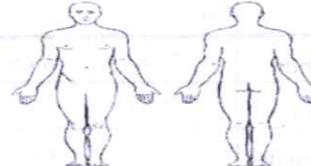
### Resposta Motora

- 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	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

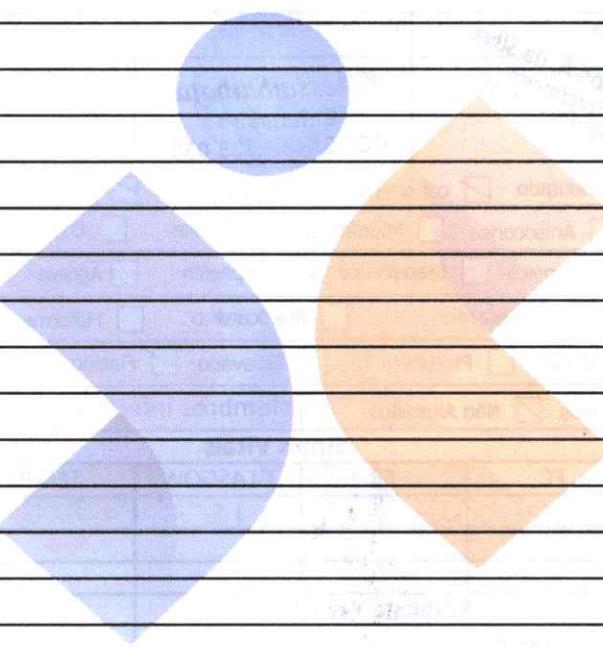
Nome Juliana de Sá Lautaro Couto - filha

RG/CPF 048.771.238-22

assinatura [Assinatura]

## Observações Médicas / Enfermeiros

17:54hs. Paciente em leito hospitalar, apresentando dispneia, murchos (CVC) dísp. Afb em ms e grr sinal de flogismo, cateter nasal de 02 cm, filha relata que a mãe era apneica ondulante e está aí no momento, acomodada em maca de transporte e encaminhada para Hospital de Trampeiros, sem intromissões.



## 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**

*[Handwritten signature]*

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Enfermagem Responsável**

*[Handwritten signature]*

Data: 05/05/25

**Condutor Socorrista**

*[Handwritten signature]*

Data: 05/05/25

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERÁPIA - SP/SADT**

2- Nº

**1718151**

1 - Registro ANS <b>3 3 4 1 5 4</b>	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	10 - Nome <b>Valentim de Toledo couro</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	12 - Atendimento a RN [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	
Dados do Solicitante					
13 - Código na Operadora Nome do Contratado <b>Dra. Isabél T. Coitez</b>	14 - CRM SP <b>52994</b>	15 - Nome do Profissional Solicitante CRM SP <b>05 / 25</b>	16 - Conselho Profissional [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	17 - Número no Conselho [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	18 - UF [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Cartório do Atendimento <b>SOCIAL</b>	22 - Data da Solicitação [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	23 - Indicação Clínica <b>Néocá</b>	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] 2 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] 3 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] 4 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] 5 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	26 - Descrição [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>Sociclo Ambulância UTI</b>	27 - Qtd de Solic. [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
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 [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]
Dados de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
48 - Seq. Ref 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF <b>4-X</b>	49 - Nome do Profissional [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	50 - Número no Conselho Profissional [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	51 - Número no Conselho CBO [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	52 - Conselho Profissional [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	53 - Código CBO [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
1 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>1</b>	2 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>2</b>	3 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>3</b>	4 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>4</b>	5 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>5</b>	6 - [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] <b>6</b>
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos (R\$) [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ] / [ ]	60 - Total de Taxes e Aluguel (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					