

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

☒ BÁSICA ☐ 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 Hop. Capangy Central Vago Solicitante UNIMED Data 07/10/24

Origem: Hop. Capangy x Clinica Sta Rosa x Hop. Capangy

Nome: Ana Clara Scapim Ortiz Idade 20 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA 00060503898452000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>162909</u>	km <u>162943</u>	km <u>162946</u>	km <u>162947</u>	km <u>162983</u>
	Hora Chegada <u>14:06h</u>	Hora Chegada <u>14:27h</u>	Hora Chegada <u>17:25h</u>	
	Hora Saída <u>14:15</u>	Hora Saída <u>17:18h</u>	Hora Saída <u>17:30</u>	
Hora <u>13:32</u>	Visto Origem <u>Renata Sueli da Conceição dos Santos</u> COREN-SP-786602-ENF	Visto Destino <u>Melissa Brito Alves</u> COREN-SP-2353584-TE	Visto Destino <u>Maria Eduarda de Jesus Fernandes</u> COREN-SP-16183389-TE	Hora <u>18:20h</u>

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☒ Pulso normocardiaco ☐ Ritímico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental

Membros Superior ☐ Alterados ☐ Não Alterados Membros Inferiores ☐ Alterados ☐ Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
				<u>15</u>			

## Abertura ocular

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

## Resposta Verbal

☒ Orientada 5  
☐ Confusa 4  
☐ Palavras Improórias 3  
☐ Palavras Incompreêncivas 2  
☐ Nenhuma 1

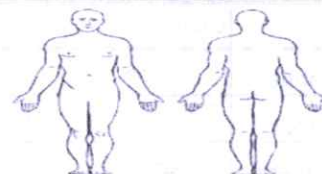
## Resposta Motora

☒ Obedece 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 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 Constance S. da Silva

RG/CPF 43 992 160 - 9

assinatura

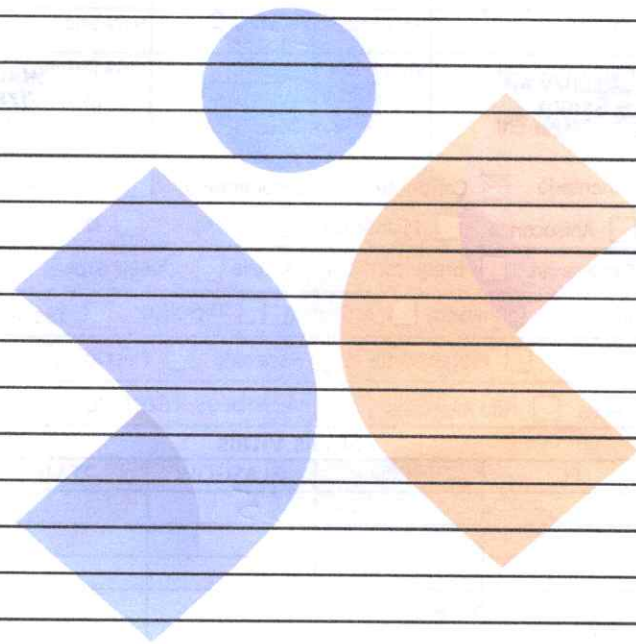
*[Assinatura]*



## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente transferida para exame acompanhada pela mãe, com AVP em fase aguda, segurada pelo SUS. Retorno para origem.

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel  
COREN-SP-279878-ENF



## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	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

Luciene Aparecida dos Santos Cardoso Actel  
COREN-SP-279878-ENF

Data 07/10/24

Condutor Socorrista

Wes Fernando  
Data 07/10/24



## 2- N° Guia no Prestador

3567476

3 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5-Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Apendimento a RN	
4 - Data da Autorização		4 - Data da Autorização		5-Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Apendimento a RN	
Dados do Beneficiário		Dados do Beneficiário		8 - Nome do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		12 - Apendimento a RN	
8 - Número da Carteira		8 - Número da Carteira		8 - Nome do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		12 - Apendimento a RN	
14 - Nome do Contratado		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Data da Solicitação		22 - Caracter do Atendimento		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.		29 - Indicador de Cobertura Especial	
30 - Nome do Contratado		30 - Nome do Contratado		31 - Nome do Contratado		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Hora Inicial		37 - Hora Final		38 - Tabela		39 - Código do Procedimento	
40 - Descrição		40 - Descrição		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref		49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO		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\$)		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\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	