

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

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

<b>Tipos de Exames</b>	<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/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input checked="" type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	Outros

EMPRESA Fizomed. Solicitante C. V. AGAS. Data 26/02/25

Origem: H. 10 de Julho Pinda x Plani Med. Diagnóstico x H. 10 de Julho Pinda

Nome: Andre Luiz Fonseca Idade 48 Contato:

Sexo  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 775292012602004

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>69590</u>	km <u>69607</u>	km <u>69624</u>	km <u>69644</u>	km <u>69652</u>
	Hora Chegada <u>14:00</u>	Hora Chegada <u>14:45</u>	Hora Chegada <u>17:52</u>	
	Hora Saída <u>14:23</u>	Hora Saída <u>17:24</u>	Hora Saída <u>18:05</u>	
Hora <u>13:35</u>	Visto Origem <u>Ma Crisália P. J. S. 2025</u>	Vista Destino <u>Ma Crisália P. J. S. 2025</u>	Vista Destino <u>Ma Crisália P. J. S. 2025</u>	Hora <u>18:25</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocôrica  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
<u>14:20</u>	<u>120x80</u>	<u>81</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>99%</u>	

## 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	Tor	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 Maria Helena Nunes Fonseca  
RG/CPF MG10.903.119/038.507.136-10

assinatura

M. Helena N. Fonseca

# Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente indo realizar colangiografia cística de crânio, com pulando, respirando bem no ambiente, com AUP em MSD com ciprofloxacino 200mg, as 15:20 terminou o ATB e foi retirada a medicação do equipo, colocada a Tampinha no acesso, as 15:30 paciente entrou na sala para realizar o exame. As terminadas as exames aguardamos resultados e as 17:20 fomos liberados para retornar a origem. Entregamos o paciente a origem aos cuidados da equipe de enfermagem.

*Dra. Eunice S. Passos Uana  
Enfermeira  
COREN SP 599.986*

## 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**

*[Redacted]*

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

**Enfermagem Responsável**

*Dra. Eunice S. Passos Uana  
Enfermeira  
COREN SP 599.986*

Data 26/02/25

**Condutor Socorrista**

*Luis Fernando*

Data 26/02/25

- Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

- Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

dados do Beneficiário

- Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

0 - Nome

André Luiz Fonseca

dados do Solicitante

3 - 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

dados do Solicitante / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

1 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura Especial

4-Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27-Qtde. Solic.

28-Qtde. At.

Ambulância Simples

dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CN

dados do Atendimento

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

dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-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)

48-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 CN

56-Data de Realização de Procedimentos em Série

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58-Observação / Justificativa

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

65 - Total Geral (R\$)

# RECEITUÁRIO



André Luiz Fonseca

Solicitado Ambulância Simples

Pronto Atendimento 24 h

[www.unimedpinda.com.br](http://www.unimedpinda.com.br)

Av. Aristides Joaquim de Oliveira, 115  
12421-090, Socorro  
Pindamonhangaba - SP  
T. (12) 3644-3400

798  
Data 26/02/25

2 de julho Pinda

2012602004

Chegada Base

km 69652

52

5

Hora 18:25

Não Verbaliza

aior

al  Gravidico

os  Não Alterados

at O2 Hgt

91

posta Motora

ndos 6

e retardia 4

al 3

rmal 2

e Mid Mie

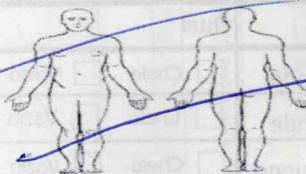
COOP

Membro da Aliança  
Cooperativa Internacional

ANS - nº 342.343



TR	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 Maria Helena Nunes Fonseca  
RG/CPF 1610.903.119 / 038.507.136-10

assinatura

M. Helena Nunes Fonseca