

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1528

VTR: 520 - DUCATO

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA <input type="checkbox"/> APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES <input type="checkbox"/> TRAS.F. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
--	---	---	---	--	-------------------------------------

Tipos de Exames: ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM  
☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☒ RMN ☐ T. C. , HIPER

Outro:

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL DE VAGAS Data: 15/05/2025  
 Origem: HOSPITAL ANTONINHO DA ROCHA MARMO - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP X CLINICA TOMOVALE - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP X HOSPITAL ANTONINHO DA ROCHA MARMO - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

Nome: CLARA EUGENIA SEGOVIA BORRAY Idade: 34 Contato: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino  
 SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 770557643505006

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 141857	Km: 141898	Km: 141900	Km: 141945	Km: 141945
	Hora Chegada: 08:20	Hora Chegada: 09:10	Hora Chegada: 10:25	
Hora: 07:30	Hora Saída: 08:50	Hora Saída: 10:20	Hora Saída: 10:55	Hora: 11:20
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

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

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Filiforme

Abdomem ☐ Plano ☐ Globoso ☐ 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 Incompreêncivas 2

## Resposta Motora:

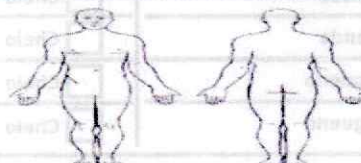
☒ Obedece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

T R A U M A	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secc									

## 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

RG/CPF

Assinatura



## Observações Médicas / Enfermeiros

Chego ao hospital de origem paciente em leito Consciência ,orientada em AA,afebril,eupneica,normocardica,mantendo AVP em msd jelco 20 transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego na clínica de destino para realização de exame ressonância magnética. Chego ao hospital de origem passo paciente aos cuidados da equipe local.



## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedagios	Outros:	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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
	Aline Moutinho	
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

<b>Dados do Beneficiário</b>		9 - Validade da Carteira		89 - Nome Social		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira							
10 - Nome							
10 - Nome							

<b>Dados do Solicitante</b>		14 - Nome do Contratado			
13 - Código na Operadora					
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

<b>Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>		23 - Indicação Clínica		90 - Indicador de Cobertura Especial	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação			

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.	
1 -									
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									

<b>Dados do Contratado Executante</b>		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora					

<b>Dados do Atendimento</b>		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	
32 - Tipo de Atendimento											

<b>Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados</b>																							
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\$	
1 -																							
2 -																							
3 -																							
4 -																							
5 -																							

<b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>															
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 CBO	

<b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>																			
1 -				13 -				15 -				17 -				19 -			
2 -				14 -				16 -				18 -				20 -			

<b>58 - Observações/Justificativa</b>													
59 - 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 Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Manual de Bases Sivas  
 Médicos - Clínica Médica  
 CRM 108766-SP