

1 - Registro ANS

3 - 3 | 4 | 1 | 5 | 4 |

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Semha

5 - Semha

6 - Código na Carteira

6 - Código na Carteira

7 - Número da Carteira

7 - Número da Carteira

8 - Número da Operadora

8 - Número da Operadora

9 - Validade da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho
Profissional16 - Conselho
Profissional

17 - Número no Conselho

17 - Número no Conselho

18 - UF

18 - UF

19 - Código CBO

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional

20 - Assinatura do Profissional

21 - Caráter do
Atendimento21 - Caráter do
Atendimento

22 - Data da Solicitação

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
ou Item Assistencial24 - Tabela
ou Item Assistencial

25 - Código do Procedimento

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

26 - Descrição

27 - Data Solic.

27 - Data Solic.

28 - Data Aut.

28 - Data Aut.

29 - Código na Operadora

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionadas)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionadas)

34 - Tipo de Consulta

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

36 - Data

37 - Hora Inicial

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

38 - Hora Final

39 - Tabela

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

41 - Descrição

42 - Quote.

42 - Quote.

43 - Via

43 - Via

44 - Tec.

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF

48 - Seq. Ref. 49-Grau Part. 50-Código na Operadora/CPF

49 - Nome do Profissional

49 - Nome do Profissional

50 - Conselho

50 - Conselho

51 - Número no Conselho

51 - Número no Conselho

52 - Conselho

52 - Conselho

53 - Número no Conselho

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - UF

55 - Código CBO

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Responsável pela Autorização

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Responsável pela Autorização

92 - Assinatura do Responsável pela Autorização

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Assinatura do Responsável pela Autorização

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Responsável pela Autorização

98 - Assinatura do Responsável pela Autorização

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Responsável pela Autorização

104 - Assinatura do Responsável pela Autorização

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Responsável pela Autorização

110 - Assinatura do Responsável pela Autorização

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Responsável pela Autorização

112 - Assinatura do Responsável pela Autorização

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Responsável pela Autorização

116 - Assinatura do Responsável pela Autorização

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Responsável pela Autorização

118 - Assinatura do Responsável pela Autorização

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Responsável pela Autorização

122 - Assinatura do Responsável pela Autorização

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Responsável pela Autorização

124 - Assinatura do Responsável pela Autorização

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Responsável pela Autorização

128 - Assinatura do Responsável pela Autorização

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Responsável pela Autorização

130 - Assinatura do Responsável pela Autorização

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Responsável pela Autorização

132 - Assinatura do Responsável pela Autorização

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Responsável pela Autorização

134 - Assinatura do Responsável pela Autorização

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 checked="" 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	<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	Outros
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT/TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIPER.	

CLIENTE H. UNIMED CACAPAVO Solicitante C. VAFAS Data 02/20
 Origem: H. UNIMED CACAPAVO x A. 105/140 x

Nome: Francisco Rodrigues Camargo Idade 45 Contato:
 Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO UNimed. Nº CARTEIRINHA 0910856000130005

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>77243</u>	km <u>077302</u>	km <u>77338</u>	km <u>77373</u>	km
Hora <u>02:45</u>	Hora Chegada <u>03:15</u>	Hora Chegada <u>03:55</u>	Hora Chegada <u>04:50</u>	

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdomem Plano Globoso Protuberante Escavado Flácido Em Avental Gravidico

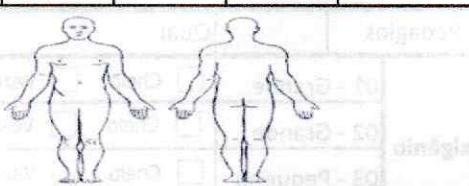
Membros Superior Alterados Não Alterados Membros Inferiores Alterados Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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									

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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

O(a)o transferido para o hospital 10 de julho em Pinda-mirim, encontra-se calmo, evitado, comunicativo, mantendo olhar intenso em MSO Salinizado, acompanhado pelo(a) meio para os cuidados da equipe de enfermagem.

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

Assessoria Enfermeira da SSM
Auxiliar de Enfermagem
CREMEP 454931

Data _____/_____/_____

Condutor Socorrista

Data _____/_____/_____