

Ficha de Acompanhamento

OS 1122.
VTR 318

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA 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 CEPOG Solicitante C. Vagos Data 05.09.24

Origem: CEPOG - Hospital x H. V. Cocopora x

Nome: Elza Raimunda Damiano Idade 83 Contato: _____

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA 0091705300008008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>160853</u>	km <u>160944</u>	km <u>161011</u>	km <u>161047</u>	km
	Hora Chegada <u>23:08</u>	Hora Chegada <u>00:18</u>	Hora Chegada <u>01:05</u>	
Hora <u>22:00</u>	Hora Saída <u>23:29</u>	Hora Saída <u>00:30</u>	Hora Saída	Hora
	Visto Origem <u>Giovanna M. Silva</u> <u>COREN-SP 58577-EMF</u>	Visto Destino <u>Mauro Ricardo Teodoro</u> <u>Enfermeiro</u> <u>COREN-SP 367605</u>	Vista Destino	

Neurológica ☒ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

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

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

Circulatório ☒ Pulso normocadiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ 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>23:29</u>	<u>110x8</u>	<u>70</u>	<u>19</u>		<u>36.0</u>	<u>93</u>	

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Impropias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

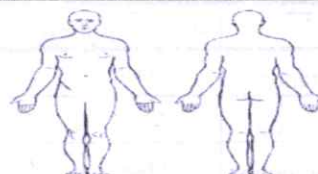
Resposta Motora

- ☐ 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 Emeliane de Fátima P. Alves Nanni

assinatura

RG/CPF 35.015.758-3

Emeliane de Fátima P. Alves Nanni

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente consciente porém orientado, acompanhado pelo neto, mantendo em A.A., CVC em fúlgula E salinizado / em uso de fúlgula, posicionando a paciente em maco e acomodamos em ambulância, realizando monitorização múltipla parâmetros e início de reanimação de SSVU que até o momento está estável, sem intercorrências no trajeto, poro plantão por a enfermeiro do hospital Unimed.

Materiais Utilizados

Pedagios	F	Qual Receita	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: ____/____/____	Enfermeira Responsável Ana Julia de Souza Rocha Enfermeira CRP 760299  Data: 05/09/24	Condutor Socorrista  Data: ____/____/____
--	---	---



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

40010864

2 - N.º Guia no Prestador

1 - Registro ANS 35577		3 - Número da Guia Principal		4 - Data da Autorização 05/09/2024		5 - Senha 7458259		6 - Data de Validade da Sanha 04/11/2024		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 40010864		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário				89 - Nome Social									
8 - Número da Carteira 0091.705300008008		9 - Validade da Carteira 31/07/2025											
10 - Nome ELZA RAIMUNDO DAMIANO													
Dados do Solicitante				14 - Nome do Contratado PEREIRA MARCONDES REMOQUES LTDA									
13 - Código na Operadora 913		15 - Nome do Profissional Solicitante ALTON DE PAIVA NETO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 118696		18 - UF SP		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				23 - Indicação Clínica tep									
21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 05/09/2024		26 - Descrição REMOCAO EM AMBULANCIA UTI ADULTO, COM MEDICO E ENFERMAGEM, PARA SADT, INTERMUNICIPAL, POR KM									
24 - Tabela 1 - 18 2 - 3 - 4 - 5 -		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 60020881		27 - Qtd Solic. 28 - Qtd Aut. 1 1									
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado									
29 - Código na Operadora		31 - Código CNES											
Dados do Atendimento				32 - Tipo de Atendimento 01		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo da Encerramento do Atendimento		36 - Saúde Ocupacional	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados				37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
36 - Data 1 - 2 - 3 - 4 - 5 -		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Rad./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 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\$)		61 - Total de Materiais (R\$)	
1 - 2 -		3 - 4 -		5 - 6 -		7 - 8 -		9 - 10 -		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização UNIMED GUARATINGUETÁ				65 - Assinatura do Responsável		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)	