

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 318

☒ 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
 Outros
☐ GTT
 ☐ TQT /TQM
 ☐ US
 ☐ RMN
 ☐ T. C . HIPER.

CLIENTE Prigmed Solicitante Genral de Vagos Data 5/3/25
 Origem: H.P. CACAPANA x 17.P.9.5040 x 17.P. CACAPANA

Nome: João Paulo Mendes do Silva Abreu Idade 42 Contato: _____
 Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino
 SUS / CONVENIO BRADESCO Nº CARTEIRINHA 954360009881006

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>176413</u>	km <u>176452</u>	km <u>176476</u>	km <u>176501</u>	km <u>176544</u>
	Hora Chegada <u>17:56</u>	Hora Chegada <u>18:25</u>	Hora Chegada <u>19:27</u>	
	Hora Saída <u>18:03</u>	Hora Saída <u>18:56</u>	Hora Saída <u>19:35</u>	
Hora <u>17:15</u>	Visto Origem <u>Joceline Raquel Ramos</u> COREN-SP 526.095-AE	Vista Destino <u>Carque E.S.</u>	Vista Destino <u>Silvia Fátima R. de Silva</u> Aux. Enfermagem COREN-SP 21265-AE	Hora <u>20:30</u>

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 ☐ Tarquicardico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme
 Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental ☐ Gravidico
 Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados
 Membros Inferiores ☐ Alterados ☒ Não Alterados

Sinais Vitais

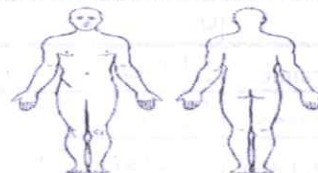
HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular
☒ 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 Salvina Martins assinatura _____
 RG/CPF 41.827.204-3

Observações Médicas / Enfermeiros

18:05 Paciente em maca, consciente, orientado, com um
cadro, afeto, eufórico em a. a., normotensa, normoa-
dica, mantendo SUP em MS (E) balizado, deambulando,
em companhia para tomografia em São José dos Campos.
18:25 chegando para realização do exame, aguardando o
mesmo.
19:30 Paciente retorna para origem, sem intercorrências.

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 ____/____/____

Enfermeiro Responsável

Data 5/3/25

Condutor Socorrista

Data ____/____/____



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		18 - UF		19 - Código CBO	
8 - Número da Carteira		9 - Nome Social		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
10 - Nome		11 - Nome do Contratado		13 - Código na Operadora		15 - Nome do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		22 - Data da Solicitação	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtde. Solic.	
28 - Qtde. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Regime de Atendimento		37 - Saúde Ocupacional	
38 - Hora Inicial		39 - Hora Final		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtde.	
43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário - R\$		47 - Valor Total - R\$	
48 - Sec. Ref.		49 - Grau Par.		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 - Observações/Justificativa		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 Médicos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)		70 - Assinatura do Profissional Solicitante		71 - Assinatura do Profissional Solicitante		72 - Assinatura do Profissional Solicitante	



4316867

Leandro Mendes da Silva Abreu

Solicito:

① Ambulância simples

05/04/25

Dr(a).

CRM:

Dra. Ana Clara S. Bicalho
Médica

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - JCampos-SP CRM SP 259358
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - JCampos-SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - JCampos-SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí-SP
- Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
- Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté-SP

OS	
VTR 318	
S	<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> APH
IAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT
Jogos Data 5/31/25	
T. D. CAÇAPAVA	
to:	
360009881006	
Chegada Base	
27	km 17-6544
35	Hora 20:30
<input type="checkbox"/> Não Verbaliza	
É Maior	
vental <input type="checkbox"/> Gravidico	
erados <input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	
Sat O2	Hgt
Resposta Motora	
comandos 6	
Dor 5	
itos de retardia 4	
normal 3	
Anormal 2	
Mse	Mid
Mie	

TR	Frat								
	Lace								
	Secç								
QUEIMADURAS									
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									
Consentimento para transporte de Pacientes									
<p>Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.</p> <p>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.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada</p>									
Nome	Talita Martins						assinatura		
RG/CPF	41.827.204-3								