

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input checked="" 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	

Tipos de Exames CATE TOMO RX CPRS PET SCAM
 GTT TOT/TQM US RMN T. C. HIPER. Outros *Transferência*

EMPRESA UNIMED. CACAPINA **Solicitante** Central vagas **Data** 09/03/25

Origem: Cacapina x Pinda x

Nome: Joni Roberto dos Santos **Idade** 63 **Contato:** _____

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO	UNIMED.	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	174206	km 174231	km 174267	km	km 174291
		Hora Chegada 05:38	Hora Chegada 06:10	Hora Chegada	
Hora	05:00	Hora Saida 05:49	06:29	Hora Saida	07:00h
		Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	
		*Flange N.Durine	65F 192.5-69803 012141112001		

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Fibriforme

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
	80	70	15				

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

TRAUMA	QUEIMADURAS										<i>AUP MS(D) SF 0.9%</i>			
	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	assinatura
RG/CPF	

Observações Médicas / Enfermeiros

Zenogá REALIZADA SEM INTERFERENCIAS

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



[Signature]

Data: _____

Enfermagem Responsável

*Aline
Coren: 871.076*

Data: 04/03/25

Condutor Socorrista

Lucas H

Data: 04/03/25

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

2- Nº **1653493**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
3 3 4 1 5 4	
4 - Data da Autorização	5 - Senha
Dados do F	
8 - Número	159185 26/10/1961 8600834007270002
JOSE ROBERTO DOS SANTOS	
Dados do S	
CARMELINA DOS SANTOS	
13 - Código	
14 - Nome da Consulta (obrigatório)	
15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional 0 6	
17 - Número no Conselho	
18 - UF	
19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
<i>Dr. Rodrigo F. Campelo</i> Médico CRM 119.621	
21 - Caráter do Atendimento	
22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica	
24-Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição	
<i>Hospitalar UTI</i>	
27-Qtd. Solic.	
28-Qtd. 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 - 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\$)	
48 - Seq. Ref	
49 - Grau Part.	
50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho	
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\$)	
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	