

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☐ 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

CLIENTE

Promed

Solicitante

Central vagas

Data

04/04/25

Origem:

Policlínica Jamboti

x

GACC São José

x

Nome:

Emmanuelly B. Jodaro Moraes

Idade

1 ano

Contato:

Sexo

☐ Masculino

☒ Feminino

SUS / CONVENIO

Ponto Seguro

Nº CARTEIRINHA

490508810009686

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 75535	km 75594	km 75594	km	km
	Hora Chegada 22:20	Hora Chegada 23:50	Hora Chegada	
	Hora Saída 23:10	Hora Saída 24:04	Hora Saída	
Hora 22:00	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora
	Ativo	BRUNO		

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

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

Respiratória ☐ Eupnéico ☒ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☐ Normocárdico ☒ Tarquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ 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 Incompreensivas 2  
☐ Nenhuma 1

## Resposta Motora

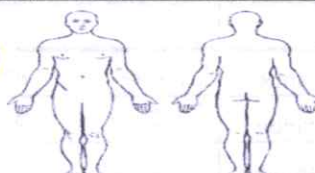
☐ Obedece comandos 6  
☐ Localiza Dor 5  
☐ Movimentos de retardia 4  
☐ Flexão Anormal 3  
☐ Extensão Anormal 2  
☐ Nenhuma

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									

AUP  
 M S(D.E)  
 T=24



## 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

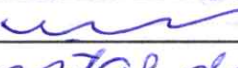
Nome

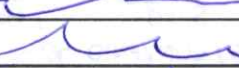
assinatura

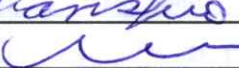
RG/CPF

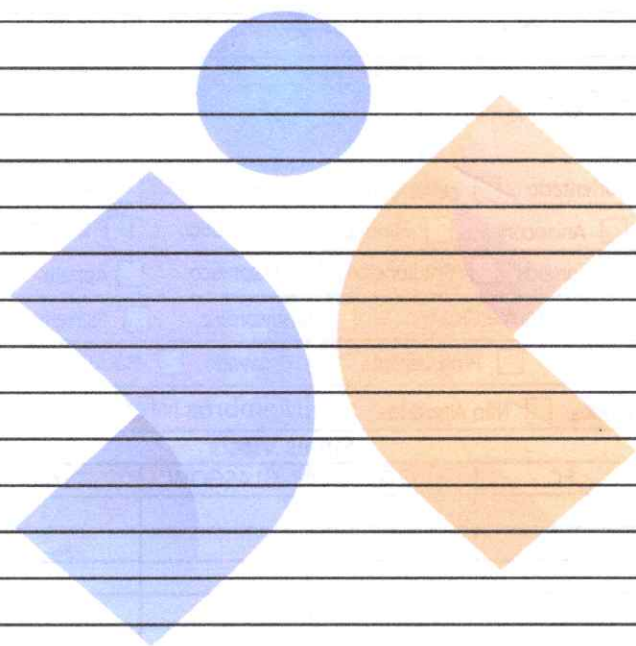


## Observações Médicas / Enfermeiros

22:10h = Chego ao hospital de origem, bebê em sala de emergência acompanhado dos pais, monitorização multiparâmetros + oximetria pulso, em cateter O<sub>2</sub> 2L/min, AUL em MS (D+E) respondendo perguntas, quando término da plaqueta, transfo bebê para berçário e transfo para ambulância. 

23:10h = Saio do hospital de origem. 

23:50h = Chego ao hospital de destino transfo bebê aos cuidados do epreo do GACC. 



## 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

Data

Enfermagem Responsável

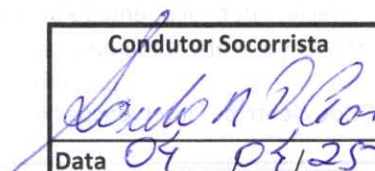
Data

Condutor Socorrista

Data



04/10/21



04/04/25

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



4314171

Emanuelly Bezerra Teodoro Moraes

NASC: 16/10/2023 1 ANO - RECEP PS  
NME: KATHY LYVIANNE MORAIS  
HPTTE DT ATEND:04/04/2025 01:05

8-NÚMERO DA CARTEIRA

9-PLANO

10-VALIDADE DA CARTEIRA

11-NOME

12-NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

13-CODIGO NA OPERADORA CNPJ/CPF

14-NOME DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

16-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

17-CONSELHO PROFISSIONAL

18-NÚMERO NO CONSELHO

19-UF

20-CODIGO CBOS

15-CODIGOS CNES  
Dr. Ricardo Gki  
Pediatra Geral  
CRM 105544

21-DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO

22-CARACTER DA SOLICITAÇÃO

23-CID-10

24-INDICAÇÃO CLÍNICA (OBRIGATORIO SE PEQUENA CIRURGIA, TERAPIA, CONSULTA REFERÊNCIA E ALTO CUSTO)

25-TABELA

26-CODIGO DO PROCEDIMENTO

27-DESCRIÇÃO

28-QT SOLIC. 29-QT AUTORIZ.

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30-CODIGO NA OPERADORA CNPJ/CPF

31-NOME DO CONTRATADO

32-T.L.

33-LOGRADOURO

34-NÚMERO

35-COMPLEMENTO

36-MUNICÍPIO

37-UF

38-CODIGO IBGE

39-CEP

40-CODIGO CNES

40A-CODIGO NA OPERADORA CNPJ/CPF

41-NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE/COMPLEMENTAR

42-CONSELHO PROFISSIONAL

43-NÚMERO NO CONSELHO

44-UF

45-CODIGO CBOS

45A-GRU PARIT.

46-TIPO DE ATENDIMENTO

2-PEQUENA CIRURGIA 3-TERAPIA

4-CONSULTA 5-EXAME 6-ATEND DOMICILIAR

47-INDICAÇÃO DE ACIDENTE

0-ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1-TRANSTO 2-OUTROS

48-TIPO DE SAÍDA

1-RETORNO

2-RETORNO SADT

3-REFERÊNCIA 4-INTERRAÇÃO 5-ALTA 6-ÓBITO

49-TIPO DE DOENÇA

2-PEQUENA CIRURGIA 3-TERAPIA

4-CONSULTA 5-EXAME 6-ATEND DOMICILIAR

47-INDICAÇÃO DE ACIDENTE

0-ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO 1-TRANSTO 2-OUTROS

48-TIPO DE SAÍDA

1-RETORNO

2-RETORNO SADT

3-REFERÊNCIA 4-INTERRAÇÃO 5-ALTA 6-ÓBITO

50-TEMPO DE DOENÇA

A-ANOS M-MESES D-DIAS

51-DATA

52-HORA INICIAL

53-HORA FINAL

54-TABELA

55-CODIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE

56-DESCRIÇÃO

57-OTDE

58-VIA

59-TEG.

60-%RED./ACRESC.

61-VALOR UNITARIO-R\$

62-VALOR TOTAL-R\$

63-DATA E ASSINATURA DE PROCEDIMENTO EM SÉRIE

64-OBSERVAÇÃO

65-TOTAL PROCEDIMENTOS R\$

66-TOTAL TAXAS E ALUGUÊS R\$

67-TOTAL MATERIAIS R\$

68-TOTAL MEDICAMENTOS R\$

69-TOTAL DIARIAS R\$

70-TOTAL GASES MEDICINAIS R\$

71-TOTAL GERAL DA GUIA R\$

86-DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE

87-DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

88-DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

89-DATA E ASSINATURA DO PRESTADOR EXECUTANTE



M Emanuelly Bezerra Teodoro Moraes

Solicitada com balanceamento UTI infante  
filho para o momento e curar.

Motivo = Transfusão, com UTI Ped e  
Kernikol face.

Dr(a).

CRM:

Gelson A. Possa  
Pediatra  
CRM-SP 76593

17/04/25

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 --SJC Campos / SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJC Campos / SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJC Campos / SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacaré / 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