

# Ficha de Acompanhamento

OS

988

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"/> TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT			

**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	

EMPRESA H. C. P. G. Solicitante V. J. S. Data 11.06.24

Origem: H. C. P. G. x Unimed Cacapora x

Nome: Almeida Francione Jaqueira Idade 37a Contato: 12996068691

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Nº CARTEIRINHA 00917023000383835-0 Benedita

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>154472</u>	<u>154549</u>	<u>154617</u>		<u>154663</u>
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
<u>10:30</u>	<u>11:35</u>	<u>13:00</u>		<u>14:00</u>
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>12:03</u>	<u>13:15</u>		
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
	<u>Unimed Cacapora</u>	<u>Unimed Cacapora</u>	<u>Unimed Cacapora</u>	

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 normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquissfimia ☐ Brasisfimia ☐ 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>12:03</u>	<u>143/91</u>	<u>97</u>	<u>19</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>97%</u>	
<u>12:30</u>	<u>149/68</u>	<u>97</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>36.1</u>	<u>99% cm 1/min</u>	
<u>13:00</u>	<u>134/70</u>	<u>97</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>36.1C</u>	<u>97%</u>	

## 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

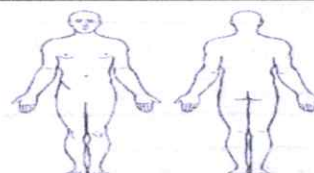
## Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crã	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secc									

## 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 Benedita Odete Leonardo Jaqueira

RG/CPF 143971815

assinatura

x B. Jaqueira



**Observações Médicas / Enfermeiros**

12.03.21 Paciente, em mais 70 dias internado no Hospital origin com quadro P/M  
paciente, durante internado, por atestado e atestado no dia 06/03/24. Paciente  
conhecimentos: HPS DM / síndrome Wolf, who compo do mãe. O neonato se comen-  
te, comunicativo, supnevo, debrul. Montando em selmin, SVE em noivo D fixado  
com maldade com ausculto portiva, eo no regis hute deida fechamente 197, sup  
em mSD gelinizado, SVDSE ser iduee no momento, fazendo uso de foiday  
de cativel 1/3. Paciente possui coe de nificancia de devida CP em regisup.  
deque montou e en observo  
paciente com deficiencia auditiva bilateral, possui aparelho auditivo (E).

12. 30h Jeque triplo, paciente estovel sem enterocorreio. Nágila Monteiro da Conceição Silva  
Enfermeira  
Coren-SP.832248

13. 00h Paciente desmaiado no hospital Unimed São Paulo em morte. Nágila Monteiro da Conceição Silva  
Enfermeira  
Coren-SP.832248


das, morte pelo SS W estovel. N.T. Nágila Monteiro da Conceição Silva  
Enfermeira  
Coren-SP.832248


## Materiais Utilizados

↳ external flow CN.

Nágila Monteiro da Conceição Silva  
Enfermeira  
Coren-SP 832248

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável  
  
Data 11/06/24

Enfermeira Responsável  
  
Mônica Monteiro da Conceição  
Enfermeira  
Coren-SP 852248  
11/06/24

Conductor Socorrista  
  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





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

## 2- N° Guia no Prestador

0004389924

1 - Registro ANS										3 - Número da Guia Principal									
3 5 5 7 7										0 0 4 3 8 9 2 4									
4 - Data da Autorização										5-Senha									
10/06/2024										7 3 3 1 7 1 3									
Dados do Beneficiário										9 - Validade da Carteira									
8 - Número da Carteira										0 9 1 7 0 2 3 0 0 0 3 8 3 8 5 - 0									
10 - Nome										ALINE FRANCIANE SIQUEIRA									
6 - Data de Validade da Senha										7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
09/08/2024										0 0 0 4 3 8 9 2 4									
11 - Cartão Nacional de Saúde										12 - Atendimento a RN									
										N									

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		19 - UF		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código na Operadora		PRESTADOR NAO COOPERADO		18 - UF		19 - Código CBO	
0209999979				35		225125	
15 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Número no Conselho		16 - Conselho Profissional			
CESAR MARQUES ZANGRANDI		123		061			

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação
1	10/06/2024
23 - Indicação Clínica	

[illegible]

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora	Q20.00082627-2	PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA		9777954	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	05
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	9
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	1

[illegible][illegible][illegible]

BENEFICIARIA INTERNADA NO HOSPITAL CEPOG SEGUE SOLICITACAO PARA AMBULANCIA UTI PARA HOSPITAL UNIMED CACAPAVA VALOR AMBULANCIA  
58 Observacao / Justificativa  
HORA PARADA SE HOUVER /

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\$)	

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------