

☒ BÁSICA
☐ APH

☐ EXAMES
☒ TRASF. HOSPITALAR

☐ UTI ADULTO
☐ ALTA HOSPITALAR

☐ UTI NEO
☐ INTERNAÇÃO

☐ EVENTOS
☐ SIV - INT

☐ PARTICULAR

Tipos de Exames

☐ CATE
☐ GTT

☐ TOMO
☐ TQT /TQM

☐ RX
☐ US

☐ CPRS
☐ RMN

☐ PET SCAM
☐ T. C . HIPER

Outro:

Empresa: UNIMED DE CAÇAPAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - TAUBATÉ

Solicitante: Central de vagas

Data: 06/05/2025

Origem: HOSPITAL UNIMED - TAUBATÉ | SP

X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

X HOSPITAL UNIMED CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: Julio César dos Santos leite

Idade: 36

Contato:

Sexo:

☒ Masculino

☐ Feminino

SUS/CONVENIO: Unimed

NºCARTEIRINHA: 09700024003012104

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 179534	Km: 179538	Km:	Km: 0	Km: 179581
	Hora Chegada: 17:48	Hora Chegada: 18:18	Hora Chegada: 18:18	
Hora: 17:40	Hora Saída: 18:25	Hora Saída: 18:25	Hora Saída: 18:25	Hora: 19:12
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica

☒ Lúcido

☒ Orientado

☐ Consciente

☐ Confuso

☐ Comunicativo

☐ Não Verbaliza

Pupilas

☒ Isocóricas

☐ Anisocórica

☐ Midrítrica

☐ Miotica

☐ D ou E

☐ É Maior

Respiratória

☒ Eupnéico

☐ Taquipnéico

☐ Bradipnéico

☐ Dispneico

☐ Apneia

Circulatório

☒ Normocárdico

☐ Tarquicárdico

☐ Bradicárdico

☐ Filiforme

Abdomem

☐ Plano

☐ Globoso

☐ 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

☐ A dor 2

☐ voz 3

☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal:

☒ Orientada 5

☐ Confusa 4

☐ Palavras Improórias 3

☐ Palavras Incompreêncivas 2

Resposta Motora:

☒ Obdece comandos 6

☐ Localiza Dor 5

☐ Movimentos de retardia 4

☐ Flexão Anormal 3

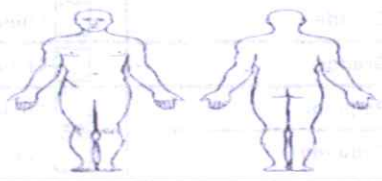
☐ Extensão Anormal 2

☐ Nenhuma

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
T R A U M A	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

Assinatura

RG/CPF

Observações Médicas / Enfermeiros


PACIENTE ENCAMINHADO PARA REMOÇÃO CONSCIENTE E ORIENTADO DEAMBULANDO, APRESENTA AVP REALIZADO EM MSE SEM REAÇÃO ALÉRGICAS. RECEBIDO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIMED CAÇAPAVA E ENCAMINHADO AO LEITO. TRANSFERÊNCIA SEM INTERCORRENCIAS.



Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios		Outros:			Refeição / Lanche		Sim	Não
Oxigênio	01 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	02 - Grande	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	03 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		
	04 - Pequeno	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Vazio	<input type="checkbox"/> Em uso		Quanto Bar Utilizou		

Médico Responsável	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
Data ____/____/____	DANIELE DA SILVA BRAGA Coren/ 760601 Data ____/____/____	 SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____

1 - Registro ANS 3 3 4 1 5 4		3 - Número da Guia Principal			
4 - Data da Autorização 1 / 1 / 1		5 - Senha			
6 - Data de Validade da Senha 1 / 1 / 1		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira 1 / 1 / 1		10 - Nome Julio Cesar dos Santos Leite	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN			
Dados do Beneficiário					
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado			
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional 1016			
17 - Número no Conselho		18 - UF			
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
Solicitado Ambulatorial Simples					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado			
Dados do Atendimento					
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Ord.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Valor Rod./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/C.P.F.	
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\$)		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					

Tayane C.C. Monteiro
Médica
CRM-SP 204542