

# Ficha de Acompanhamento

OS 1417-  
VTR 318

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

<b>Tipos de Exames</b>	<input type="checkbox"/> CATE	<input type="checkbox"/> TOMO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> CPS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT
	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TQT / TQM	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> T. C. HIRER.	<input type="checkbox"/> Outros	

<b>EMPRESA</b>	<b>Solicitante</b>	<b>Data</b>
<i>Transporte Aeromed</i>	<i>Central de Vagas</i>	<i>26/03/25</i>

<b>Origem:</b>	<i>Aeroporto Polichrono Bocabava</i>	<i>x W.R. Tamborelli</i>
----------------	--------------------------------------	--------------------------

<b>Nome:</b>	<i>Gabriel Alexander Osan Ponera</i>	<b>Idade:</b> <i>28</i>	<b>Contato:</b>
--------------	--------------------------------------	-------------------------	-----------------

Sexo:  Masculino

Feminino

## SUS / CONVENIO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 175389	km 175123	km 175459	km 175166	km
Hora Chegada 14:23	Hora Chegada 15:05	Hora Chegada 15:05	Hora Chegada 16:58	Hora

Hora 13:30	Hora Saída 14:31	Hora Saída 16:30	Hora Saída 16:58
------------	------------------	------------------	------------------

Visto Origem	Entrevista	Vista Destino	Vista Destino
--------------	------------	---------------	---------------

Respiratória	Eupnéico	Taquipneico	Bradipneico	Dispneico	Apneia
--------------	----------	-------------	-------------	-----------	--------

Circulatório	Normocárdico	Tarquicardico	Bradicardico	Filiforme
--------------	--------------	---------------	--------------	-----------

Abdomem	Plano	Globoso	Protuberante	Escavado	Flácido	Em Avental	Gravidico
---------	-------	---------	--------------	----------	---------	------------	-----------

Membros Superior	Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores	Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados
------------------	-----------	---	--------------------	-----------	---

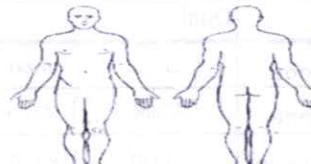
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
15:00				15			

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

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

QUEIMADURAS	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 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

21:30 Recebo paciente Gabriel Alexander Ligeir Peres  
 de 28a cl E6:15 Corado, suponho hidratação, c/  
 ave elevada em 115°. Paciente é queimado africano  
 segue nomenclatura acompanhado da equipe de enfermeiros  
 Sime um manifestação  
 21:05 Chegada ao destino nomenclatura intercomunicante  
 sobre Inicia exame realizado e sucesso  
 16:30 Inicia nomenclatura de Redorando a origem  
 16:50 Sinto o paciente p/ estabilizar paciente.  
 Rio de Janeiro (RJ) digo cl o paciente

Eliane de Souza  
 Enfermeira  
 Caren SP 183978

Siane de Souza  
 Enfermeira  
 Caren SP 183978

Eliane de Souza  
 Enfermeira  
 Caren SP 183978

## 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermeiro Responsável

Data 26/03/25

Condutor Socorrista

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

**464240571**

**Gabriel Alexander Dias Pereira**

NASC: 26/07/1996 - 28.905 - INTERNA  
MPAC: DT ATEND: 25/03/2025 23:56  
CONU: BRADESCO

**4297576**

**Barcode**

**7 - Número da Guia no Prestador**

**8 - Número da Carteira**

**9 - Validade da Carteira**

**10 - Nome**

**11 - Código na Operadora**

**12 - Atendimento a RN**

**13 - Código da Operadora**

**14 - Nome do Contratado**

**15 - Nome do Profissional Solicitante**

**16 - Conselho Profissional**

**17 - Número no Conselho**

**18 - UF**

**19 - Código CBO**

**20 - Assinatura do Profissional Solicitante**

**CRA-SP: 21462**

**21 - Caráter do Atendimento**

**22 - Data da Solicitação**

**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 - 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\$**

**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 Alugueis (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 Contratado**

**68 - Assinatura do Contratado**

Gabriel A. Nhas Pereira

Solicito ambulâncias  
simples para exames  
TC Abd e pele

Ercides R. Rodrigues Filho  
Médico  
CRM 100.188

26/03/25

Dr(a).

CRM:

- 
- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos-SP
  - Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos-SP
  - Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos-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