

Ficha de Acompanhamento

OS
VTR 798.

<input 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"/> RX	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<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 Promed.

Solicitante

c. Vagas

Data 23.02.25

Origem: H.I. Tam Bento x

Nome: Renato Ribeiro dos Santos

Idade 40. Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO

B20 DESUP.

Nº CARTEIRINHA 954 370 017728007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km <u>69477</u>	km <u>69521</u>	km <u>69566</u> .	km <u>69586.</u>
	Hora Chegada <u>19h00</u>	Hora Chegada <u>19h55</u>	Hora Chegada <u>21h20</u>	
Hora	Hora Saída <u>19h30</u>	Hora Saída <u>20h35</u>	Hora Saída <u>21h30</u>	
	Visto <u>Grifado</u> <u>Carmo Franco</u> <u>COREN-SP 010776</u>	Vista Destino <u>Luiz Michel M. R. Silvi</u> <u>Téc. Radiologa</u> <u>CRR 4663ST</u>	Vista Destino <u>Externa</u> <u>Carmo Franco</u> <u>COREN-SP 010776</u>	Hora

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdômem 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
				<u>15</u>			

Abertura ocular

- Espontânea 4
- voz 3
- A dor 2
- Nenhuma 1

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

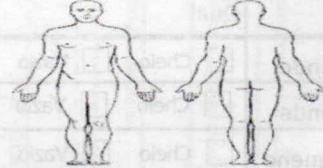
Resposta Motora

- Obdece 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										
Erat										
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 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

Paciente admitido, no hospital Policlin São Paulo, transferido para hospital policlin no dia 06 de Julho de 2016 para realizar TC com contraste. O mesmo se encontra orientado, consciente, eupnico, sem somnolências. Paciente retorna à Policlin São Paulo sem intercorrências.

Lana de L.F. Medeiros
COREN-SP 822168-ENF

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
Lana de L.F. Medeiros
COREN-SP 822168-ENF

Data 23/02/25

Condutor Socorrista

Data _____ / _____ / _____

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

MASC: 04/09/1984 40 ANOS - INTERMACAO
HPTTE DT ATEND: 19/02/2025 11:48
CONU: BRADESCO



437898767

4241222

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Principal 1111111111111111										
4 - Data da Autorização 11/11/2024	5 - Senha 1111111111111111	6 - Data de Validade da Senha 11/11/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1111111111111111								
Dados do Beneficiário											
B - Número da Carteira 1111111111111111	9 - Validade da Carteira 11/11/2024	10 - Nome VLADIMIR RIBEIRO DOS SANTOS	11 - Cartão Nacional de Saúde 1111111111111111								
Dados do Solicitante											
13 - Código na Operadora 1111111111111111	14 - Nome do Contratado Ambeleava Dijays.										
15 - Nome do Profissional Solicitante VLADIMIR RIBEIRO DOS SANTOS	16 - Conselho Profissional 1111111111111111	17 - Número no Conselho 1111111111111111	18 - UF SP								
19 - Código CBO 1111111111111111	20 - Assinatura do Profissional Solicitante										
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento 1111111111111111	22 - Data da Solicitação 11/11/2024	23 - Indicação Clínica Ambeleava Dijays.									
24 - Tabela 1111111111111111	25 - Código do Procedimento 1111111111111111	26 - Descrição Ambeleava Dijays.	27 - Qtde. Solic. 1111111111111111								
1 - 1111111111111111	2 - 1111111111111111	3 - 1111111111111111	4 - 1111111111111111								
5 - 1111111111111111											
Dados do Contratado Executante											
29 - Código na Operadora 1111111111111111	30 - Nome do Contratado Ambeleava Dijays.		31 - Código CNES 1111111111111111								
Dados do Atendimento											
32 - Tipo de Atendimento 1111111111111111	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 1111111111111111	34 - Tipo de Consulta 1111111111111111	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 1111111111111111								
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data 11/11/2024	37 - Hora Inicial 11:00	38 - Hora Final 11:00	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 1111111111111111	41 - Descrição Ambeleava Dijays.	42 - Qtde. 1111111111111111	43-Via 1111111111111111	44-Téc. 1111111111111111	45-Fator Red./Acresc. 1111111111111111	46 - Valor Unitário (R\$) 1111111111111111	47 - Valor Total (R\$) 1111111111111111	
1 - 1111111111111111	a - 1111111111111111	b - 1111111111111111	c - 1111111111111111	d - 1111111111111111	e - 1111111111111111	f - 1111111111111111	g - 1111111111111111	h - 1111111111111111	i - 1111111111111111	j - 1111111111111111	
2 - 1111111111111111	a - 1111111111111111	b - 1111111111111111	c - 1111111111111111	d - 1111111111111111	e - 1111111111111111	f - 1111111111111111	g - 1111111111111111	h - 1111111111111111	i - 1111111111111111	j - 1111111111111111	
3 - 1111111111111111	a - 1111111111111111	b - 1111111111111111	c - 1111111111111111	d - 1111111111111111	e - 1111111111111111	f - 1111111111111111	g - 1111111111111111	h - 1111111111111111	i - 1111111111111111	j - 1111111111111111	
4 - 1111111111111111	a - 1111111111111111	b - 1111111111111111	c - 1111111111111111	d - 1111111111111111	e - 1111111111111111	f - 1111111111111111	g - 1111111111111111	h - 1111111111111111	i - 1111111111111111	j - 1111111111111111	
5 - 1111111111111111	a - 1111111111111111	b - 1111111111111111	c - 1111111111111111	d - 1111111111111111	e - 1111111111111111	f - 1111111111111111	g - 1111111111111111	h - 1111111111111111	i - 1111111111111111	j - 1111111111111111	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				Dr. Luiz Felipe H. C. Moraes Médico CRM/SP 197097							
48-Seq.Ref 1111111111111111	49-Grau Part 1111111111111111	50-Código na Operadora/CPF 1111111111111111	51-Nome do Profissional VLADIMIR RIBEIRO DOS SANTOS	52-Conselho Profissional 1111111111111111	53-Número no Conselho 1111111111111111	54-UF SP	55-Código CBO 1111111111111111				
56-Data de Realização de Procedimentos em Série 11/11/2024	57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável VLADIMIR RIBEIRO DOS SANTOS	58 - Observação / Justificativa Ambeleava Dijays.	59 - Total de Procedimentos (R\$) 1111111111111111	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 1111111111111111	61 - Total de Materiais (R\$) 1111111111111111	62 - Total de OPME (R\$) 1111111111111111	63 - Total de Medicamentos (R\$) 1111111111111111	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 1111111111111111	65 - Total Geral 1111111111111111		
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização VLADIMIR RIBEIRO DOS SANTOS	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável VLADIMIR RIBEIRO DOS SANTOS	68 - Assinatura do Contratado Ambeleava Dijays.									



4241222

PARTICULAR APH
 AÇÃO SIV - INT

Data 23.02.25

o:

1370017728007
Chegada Base

km 69586.
1h20

30

Hora

Não Verbaliza

É Maior

ental Gravidico

ados Não Alterados

Sat O2 Hgt

esposta Motora

mandos 6

or 5

os de retardia 4

ormal 3

Anormal 2

Mse Mid Mie

Dr(a).

CRM:

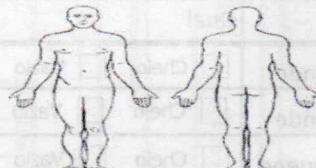
Dra. Bruna M. Vilela
Médica
CRM-SP 258.497

- 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

TRA	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 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	