

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

☒ BÁSICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH  
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

**Tipos de Exames** ☐ CATE ☒ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT/TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA P. nome Solicitante Central Vagos Data 18/03/25

Origem: Policlínica Sagrada x Policlínica 9 de Junho x

Nome: Alexandre Maria Ribeiro Idade 51 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Praderna

Nº CARTEIRINHA 422544301790003

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>72460</u>	km <u>72475</u>	km <u>72500</u>	km <u>72526</u>	km <u>72561</u>
	Hora Chegada <u>18:39</u>	Hora Chegada <u>19:29</u>	Hora Chegada <u>20:08</u>	
	Hora Saída <u>18:52</u>	Hora Saída <u>19:38</u>	Hora Saída <u>20:14</u>	
Hora <u>18:20h</u>	Visto Origem <u>Sagrada</u>	Vista Destino <u>Op. Sine</u>	Vista Destino <u>Thayna G. Mateus</u> COREN-SP 304841 ENF	Hora <u>20:53</u>

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

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

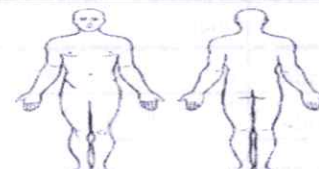
TRAUMA	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
	Escoriação									
	Cont									
	Ferim									
	Luxa									
	Frat									
	Lace									
	Secç									

### QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perín	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

AUP

M5(DI  
T=20



## 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

18:52h = Chego ao Hospital de origem, o paciente no leito, consciente, orientado verbalmente, eufórico, normotensivo, A/P em M (D) J = 20, transfeirido para cama e conduzido para a ambulância.  
 19:24h = Chego ao Hospital de destino e/realização de exame, sem intercorrências.  
 h = Chego ao Hospital de origem sem intercorrências.

## Materiais Utilizados

REALVIDAS

Pedágios		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

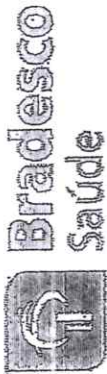
Enfermagem Responsável

Data

Condutor Socorrista

Data





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

2 - Nº Guia no Prestador

437736561

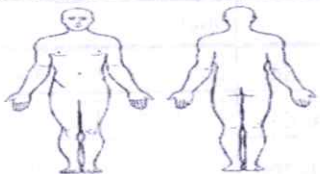
Alessandra Maria Ribeiro Da Luz

INSC: 17/08/1973 51 ANOS - INTERMEDIÁRIO  
HOM: 01/08/2025 19:12  
CONV: BRADESCO

4280928

1 - Registro ANS 005741	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Alvará de Atendimento a RN
4 - Data de Autuação	5 - Sentença	8 - Data de Validade da Sentença	11 - Cartão Nacional de Saúde
6 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	12 - Alvará de Atendimento a RN
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Conselho Profissional	16 - UF
16 - Nome do Profissional Solicitante	17 - Número no Conselho	18 - Código CBO	19 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Causa do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela
25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - CA-Ido CNES	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Atividade (atividade 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 - Denervação	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Táb. 45 - Fator Red. Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/QP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	55 - Código CBO	56 - UF	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Data de Realização de Procedimentos em Série	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de Medicamentos (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Médicos (R\$)	65 - Total Geral
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado



TRA	Luxa																		
	Frat																		
	Lace																		
	Secç																		
	QUEIMADURAS										<p>AUP</p> <p>MS(DI</p> <p>T=20</p> 								
	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie										
I																			
II																			
III																			
<p align="center"><b>Consentimento para transporte de Pacientes</b></p> <p>Declaro que fui orientado pela equipe da ambulancia e médicos verbalmente sobre o quadro clínico do paciente.</p> <p>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.</p> <p>Estou ciente das intervenções necessárias da equipe médica para a segurança do transporte, e dos eventuais riscos que envolvam a viagem que será realizada</p>																			
Nome															assinatura				
RG/CPF																			