

Ficha de Acompanhamento

OS: 1547

VTR: 798 - JUMPER

 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: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: Central de vagas

Data: 21/05/2025

Origem: HOSPITAL CEPOG UNIMED - GUARATINGUETÁ | SP SANTA CASA GUARATINGUETA - GUARATINGUETÁ | SP SANTA CASA GUARATINGUETA - GUARATINGUETÁ | SP

Nome: CLENITA PRUDENTE DO ESPIRITO SANTO

Idade: 84

Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: Bradesco

NºCARTEIRINHA: 414544105159012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 81322	Km: 81369 Hora Chegada: 15:55	Km: 81371 Hora Chegada: 16:15	Km: 81371 Hora Chegada: 16:15	Km: 81373
Hora: 15:15	Hora Saída: 16:04 Visto Origem:	Hora Saída: 16:25 Visto Destino:	Hora Saída: 16:25 Visto Destino:	Hora: 16:40

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdome 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
voz 3

 A dor 2
Nenhuma 1

Resposta Verbal:

 Orientada 5
Confusa 4
Palavras Improórias 3
Palavras Incomprêencivas 2

Resposta Motoria:

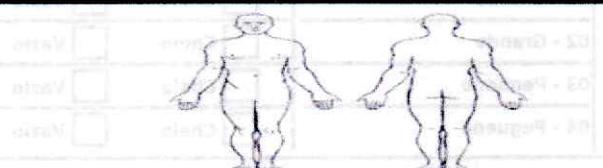
 Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

 Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
Escrção									
Cont									
A 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 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.

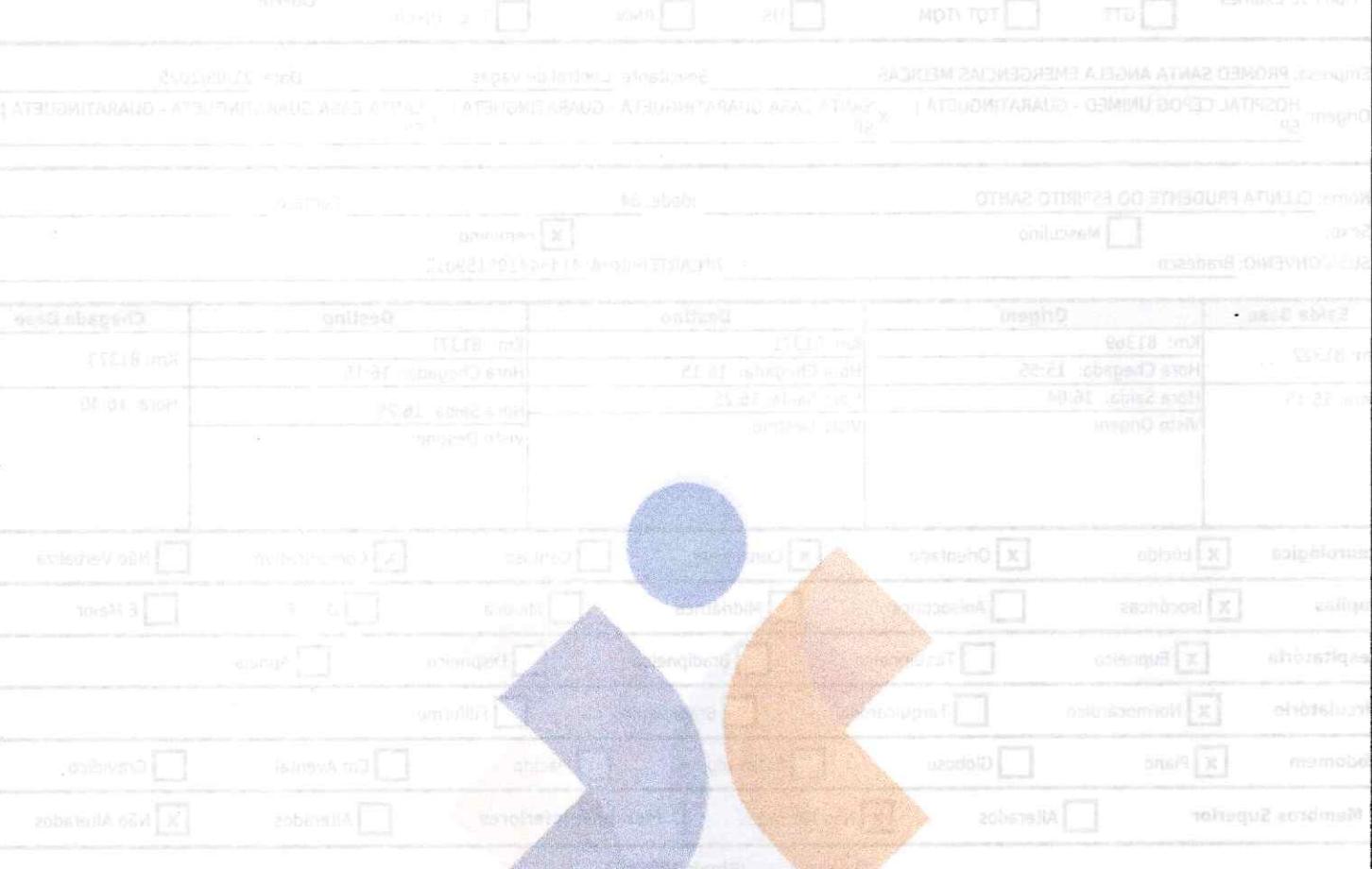
Nome

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

chego ao hospital de origem paciente consciente, orientado em AA ,afebril ,eupneica, normocardica mantendo acesso venoso em msd jelco 22,transfiro para maca e conduzo a ambulância. chego ao hospital de destino transfiro paciente aos cuidados da equipe local.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Outros:	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 - Pergueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável Dr. Briet LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____
---	---	---

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

3778173

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	
<input type="text"/>		
4 - Data da Autorização	5 - Senha	
<input type="text"/>		
Dados do Beneficiário		
8 - Número da Carteira		
<input type="text"/>		
10 - <i>[Handwritten Signature]</i>		
Cara Sena da Seta		
Dados do Solicitante		
13 - Código na Operadora		
<input type="text"/>		
15 - Nome do Profissional Solicitante		
<i>[Handwritten Signature]</i>		
16 - Conselheiro Profissional		
<input type="text"/>		17 - Número no Conselho
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		18 - UF
<input type="text"/>		19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
<input type="text"/>		
14 - Nome do Contratado		
<input type="text"/>		
17 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
<input type="text"/>		
6 - Data de Validade da Senha		
<input type="text"/>		
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
<input type="text"/>		
89 - Nome Social		
<input type="text"/>		
12 - Atendimento a RN		
<input type="text"/>		
Dados do Consultado Executante		
20 - Código na Operadora		
<input type="text"/>		
21 - Caráter do Atendimento		
22 - Data da Solicitação		
<input type="text"/>		
23 - Indicação Clínica		
<i>Solicite Atenção Sua Seta</i>		
24-Tabela		
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		
<input type="text"/>		
26 - Descrição		
<input type="text"/>		
27-Qtd. Solic.		
28-Qtd. Aut.		
29 - Indicador de Cobertura Especial		
<input type="text"/>		
30 - Nome do Contratado		
31 - Código CNES		
<input type="text"/>		
32-Tipo de Atendimento		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		
<input type="text"/>		
34 - Tipo de Consulta		
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento		
<input type="text"/>		
36-Data		
37-Hora Inicial 38-Hora Final 39-Tabela 40-Código do Procedimento 41-Descrição		
<input type="text"/>		
42 - Orte.		
43-Via 44-Tec. 45-Fator Red/Acresc.		
46-Valor Unitário (R\$) 47-Valor Total (R\$)		
<input type="text"/>		
50-Data de Realização do Procedimentos em Série 51-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
<input type="text"/>		
52-Conselho Profissional 53-Número no Conselho		
<input type="text"/>		
54-UF 55-Código CBO		
<input type="text"/>		
56-Observação / Justificativa		
<input type="text"/>		
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		
<input type="text"/>		
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
<input type="text"/>		
68 - Assinatura do Contratado		
<input type="text"/>		