

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798

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

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

CLIENTE H. cabof. Solicitante Central de Jager Data 06/05/2025

Origem: Depo x Unimed Juazeiro x

Nome: Maria de Lourdes Laureano Pereira Idade 76 Contato: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed Jap

Nº CARTEIRINHA 0970 003200 16 30 839

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>79.808</u>	km <u>79.861</u>	km <u>79.</u>	km	km <u>79.943</u>
	Hora Chegada <u>01:00</u>	Hora Chegada <u>01:34</u>	Hora Chegada	
	Hora Saída <u>01:15</u>	Hora Saída <u>01:46</u>	Hora Saída	
Hora <u>00:10</u>	Visto Origem <u>Claudiane Mendes Alves</u> <u>COREN-SP 207.376 - ENF</u>	Vista Destino <u>Márcio da Silva</u> <u>COREN-SP 14552 - ENF</u>	Vista Destino	Hora <u>02:45</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
<u>01:05</u>	<u>120x80</u>	<u>71</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.2</u>	<u>99%</u>	<u>-</u>

## 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

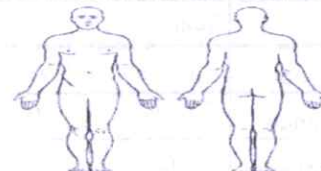
## Resposta Motora

- ☒ Obedece 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									



## 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 Carmines Silva Laureano Pereira - mãe

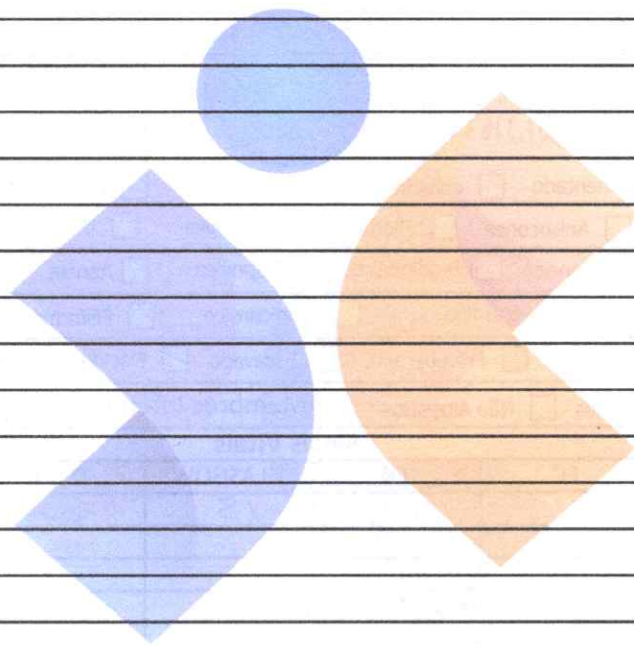
assinatura \_\_\_\_\_

RG/CPF 830.613.398-68

## Observações Médicas / Enfermeiros

01. O paciente encontra-se em leito de sala de emergência. Apresenta-se com Glasgow 15, pupilas iso +, eupneica em AA, hemodinamicamente estável. Markings AP em ASE sem sinais flogísticos, n/e edemaciados. Ao ser movida em maca de transporte e realizado Transfusão hemotológica sem intercorrências.

Daniela de Oliveira Mendes  
Enfermeira  
COREN - SP 698661



## 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

Daniela de Oliveira Mendes  
Enfermeira  
COREN - SP 698661  
Data 06/05/25

Condutor Socorrista

Data 06/05/25





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

2- Nº Guia no Prestador

3734205

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		18 - Nome Social	
10 - Nome		14 - Nome do Contratado		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		19 - Código CBO	
13 - Código na Operadora		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
15 - Nome do Profissional Solicitante		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente	
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 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.	
49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		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	