

Ficha de Acompanhamento

OS: 1528

VTR: 520 - DUCATO

 BÁSICA
APH

 EXAMES
TRASF. HOSPITALAR

 UTI ADULTO
ALTA HOSPITALAR

 UTI NEO
INTERNAÇÃO

 EVENTOS
SIV - INT

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: 15/05/2025

Origem: HOSPITAL ANTONINHO DA ROCHA MARMO - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

X CLINICA TOMOVALE - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

X HOSPITAL ANTONINHO DA ROCHA MARMO - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP

Nome: CLARA EUGENIA SEGOVIA BORRAY

Idade: 34

Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO

NºCARTEIRINHA: 770557643505006

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 141857	Km: 141898	Km: 141900	Km: 141945	Km: 141945
	Hora Chegada: 08:20	Hora Chegada: 09:10	Hora Chegada: 10:25	
Hora: 07:30	Hora Saída: 08:50	Hora Saída: 10:20	Hora Saída: 10:55	Hora: 11:20
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neuroológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocôrica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnêico 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 Incompréhencivas 2

Resposta Motoria:

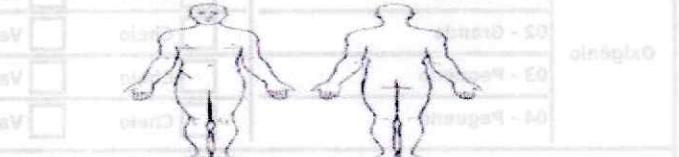
 Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

 Flexão Anormal 3
Extensão Anormal 2
Nenhuma

T	Descrição	Crâ	Face	Col	Tór	Bac	Msd	Mse	Mid	Mie
R	Escoriação									
A	Cont									
U	Ferim									
M	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.

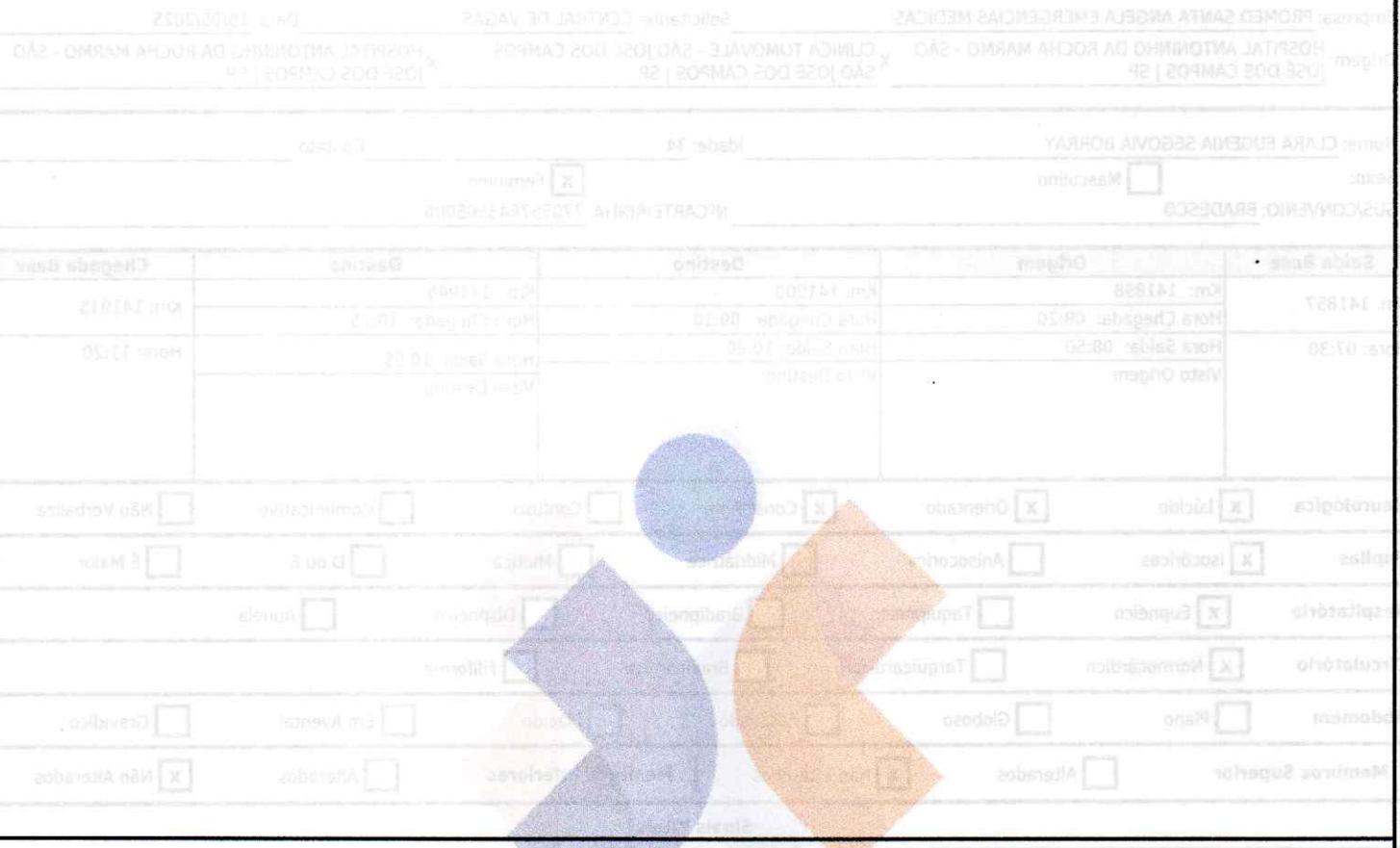
Nome

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Chego ao hospital de origem paciente em leito Consciência ,orientada em AA,afebril,eupneica,normocardica,mantendo AVP em msd jelco 20 transfiro para maca e conduzo a ambulância. Chego na clínica de destino para realização de exame ressonância magnética. Chego ao hospital de origem passo paciente aos cuidados da equipe local.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Outros:	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		
	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		
	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		
	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		

Médico Responsável Data ____/____/____	Enfermagem Responsável Aline Moutinho ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076 Data ____/____/____	Condutor Socorrista LUCAS HENRIQUE DE LIMA MONTEIRO CNH/ 01 Data ____/____/____
--	--	---

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal						
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha					
Dados do Beneficiário:		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
8 - Número da Carteira 1770557643505006	9 - Validade da Carteira	89 - Nome Social					
10 - Nome Clara Eugenia Segovia Borras		12 - Atendimento a RN N					
Dados do Solicitante							
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado HARM						
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho					
18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados							
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial				
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtde. Aut.			
1-1	1-1	Solicito Ambulância Simples	1-1	1-1			
2-1	1-1		1-1	1-1			
3-1	1-1		1-1	1-1			
4-1	1-1		1-1	1-1			
5-1	1-1		1-1	1-1			
Dados do Contratado Executante			31 - Código CNES				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado						
Dados do Atendimento							
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento	92 - Saúde Ocupacional		
Dados da Execução/Procedimentos e Exames Realizados			42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec. 45-Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	1-1	1-1
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
3-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
4-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
5-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF					
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
3-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
4-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
5-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
2-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
3-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
4-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
5-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1
58 - Observações/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\$)	
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
<i>CRM 103096 - Clínica de Bons Sinos</i>							