

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798.

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BÁSICA | <input checked="" 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"/> | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Tipos de Exames | <input type="checkbox"/> CATE | <input type="checkbox"/> TOMO | <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> CPRS | <input type="checkbox"/> PET SCAM | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> SIV - INT |
| | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> TQT / TQM | <input type="checkbox"/> US | <input type="checkbox"/> RMN | <input type="checkbox"/> T. C. HIPER. | <input type="checkbox"/> Outros | <i>Amigd TC</i> |

| | | | | | |
|----------------|----------------------------------|--------------------|------------------|-------------|-----------------|
| EMPRESA | <i>Promed. S.A</i> | Solicitante | <i>C. Vargas</i> | Data | <i>05.02.25</i> |
| Origem: | <i>Hosp. Ant. Ofuro x viavel</i> | | x | | |

| | | | | | |
|--------------|------------------------------------|--|-----------|-----------------|--|
| Nome: | <i>Ara Carolina C. Ferreira</i> | Idade | <i>96</i> | Contato: | |
| Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino | <input checked="" type="checkbox"/> Feminino | | | |

| SUS / CONVENIO | Porto Seguros | Origem | Destino | Destino | Nº CARTEIRINHA | Chegada Base |
|----------------|---------------|---|--|--|----------------|--------------|
| Saída Base | | km 66336 | km 66356 | km 66376 | | |
| km 18:15 | | Hora Chegada 19:40h | Hora Chegada 20:47 | Hora Chegada 21:15 | | km 66354 |
| | | Hora Saída 20:18 | Hora Saída 21:48 | Hora Saída 22:25 | | |
| Hora 66256 | | Visto Origem Carlos Eduardo Ferreira Cristóvão COREN-SP 765.509 - ENF | Vista Destino Carlos Eduardo Ferreira Cristóvão COREN-SP 765.509 - ENF | Vista Destino Carlos Eduardo Ferreira Cristóvão COREN-SP 765.509 - ENF | | 23:35 |

Neurológica 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

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 |
|-------|--------|----|----|---------|------|--------|-----|
| 20:20 | 120x80 | 60 | 16 | 15 | 35.7 | 97% | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Abertura ocular | Resposta Verbal | Resposta Motora |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Espontânea 4 | <input checked="" type="checkbox"/> Orientada 5 | <input checked="" type="checkbox"/> Obdece comandos 6 |
| <input type="checkbox"/> voz 3 | <input type="checkbox"/> Confusa 4 | <input type="checkbox"/> Localiza Dor 5 |
| <input type="checkbox"/> A dor 2 | <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 | <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4 |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 2 | <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 | <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 |
| | | <input type="checkbox"/> Nenhuma |

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

| QUEIMADURAS | QUEIMADURAS | | | | | | | | |
|-------------|-------------|------|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| | Cab | Pesc | T Ant | Tpos | Perin | 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 *Eloane Ayresanda Cardoso* assinatura *Open. P.*
RG/CPF *257865888 90*

Observações Médicas / Enfermeiros

20H05: Recebo caso da macoma do hospital de origem em Tacareí. Paciente encontra-se consciente, calma, orientada, antedoeira, acianótica, nega dor pectoral ou amais queixas no momento, estável. 20H10 saída de hospital em Tacareí - SP. Durante viagem paciente estável, assentada, monitorizada, FC 58 bpm e saturação 98%, anotomática.

20H40: Chegada no Hospital Vivalle em SJC, paciente segue sintomatologia. 21H03: Adomponho paciente durante realização de exame, sem intercorrências. Administrado recorrido guberinal conforme protocolo do hospital Vivalle. Paciente suida, orientada e concorrente. 21H40: Retorno a caminho de hospital de origem, paciente FC 67 bpm e saturação 94%.

Dra. Lara P. Polzatto
Médica.
CRM: 264.830

Materiais Utilizados

M = 18:47 / 23:12

Transporto

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 |
| Dra. Lara P. Polzatto |
| Médica |
| CRM: 264.830 |
| Data 05/10/25 |

| |
|-------------------------------|
| Enfermagem Responsável |
| Cassia Jane de Toledo |
| COREN - SP 514223 - ENF |
| Data 05/10/25 |

| |
|----------------------------|
| Condutor Socorrista |
| Lucas M. |
| Data 05/10/25 |

SEGUROS

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1- REGISTRO ANS ANS- n.º 00058-2 | 3- NÚMERO DA GUIA PRINCIPAL |
| 4- DATA DA AUTORIZAÇÃO // / // | 5- SENHA |
| 6- NÚMERO DA CARTEIRA | |
| 13- CÓDIGO NA OPERADORA | 14- NOME DO CONTRATADO |
| 16- CONSELHO PROFISSIONAL | 17- NÚMERO NO CONSELHO |

Pac: Ana Carolina de Castro Ferreira
 Nome Social:
 Nr: 3111485 Dt Ent: 02/02/2025 21:44 Feminino
 DT Nasc: 20/02/1978 Idade: 46 anos e 11 meses
 Convenio: Porto Seguro Plano: Ouro IV Empresarial
 Carteirinha: 4665136600159165
 UTI Adulto 2 - HCAA Internado



| | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--|------------------|----------------|--|
| 21- CARÁTER DO ATENDIMENTO | 22- DATA DA SOLICITAÇÃO // / // | 23- INDICAÇÃO CLÍNICA <i>doença</i> | 27- QTDE. SOLIC. | 28- QTDE. AUT. | |
| 24- TABELA ASSISTENCIAL | 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO OU ITEM | 26- DESCRIÇÃO <i>TRANSPORTE DE AMBULÂNCIA UTI, idosa</i> <i>e volta p/ realização de Angiotomografia</i> | | | |
| 1- | | | | | |
| 2- | | | | | |
| 3- | | | | | |
| 4- | | | | | |
| 5- | | | | | |

| | | |
|-------------------------|------------------------|-----------------|
| 29- CÓDIGO NA OPERADORA | 30- NOME DO CONTRATADO | 31- CÓDIGO CNES |
|-------------------------|------------------------|-----------------|

| | | | | | |
|---|--|----------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| 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 | | |
| DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS | | | | | |
| 36- DATA | 37- HORA INICIAL | 38- HORA FINAL | 39- TABELA | 40- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | 41- DESCRIÇÃO |
| 42- QTDE. | 43- VIA TEC. | 44- RED/ACRESC. | 45- FATOR | 46- VALOR UNITÁRIO (R\$) | 47- VALOR TOTAL (R\$) |
| 1- // / // | 12:00 | | | | |
| 2- // / // | 12:00 | | | | |
| 3- // / // | 12:00 | | | | |
| 4- // / // | 12:00 | | | | |
| 5- // / // | 12:00 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|--------|----------------|
| 48- SEQ. REF. | 49- GRAU | 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 <i>Médico Andre S. Fantozzzi CRM 98763</i> | | | | | | | |
| 1- // / // | 3- // / // | 5- // / // | 7- // / // | 9- // / // | | | |
| 2- // / // | 4- // / // | 6- // / // | 8- // / // | 10- // / // | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| 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 | 67- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL | 68- ASSINATURA DO CONTRATADO | | | | |

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 6- DA GUIA ATRIBUIDO PELA OPERADORA | |
| 7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE | 12- ATENDIMENTO A RN |
| 8- CITANTE | 9- ESPECIALISTAS |
| 10- JS | 11- OUTROS |