

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☐ 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 ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA CEPOG Solicitante C. Vagas Data 04.04.24
 Origem: CEPOG SUARA x Santos Dumont SJC x RUSSE

Nome: ROSANGELA TRAVARES Idade 62 Contato: 11 98802-0901
 Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Nº CARTEIRINHA 9022067100617010

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km	km	km	km	km
<u>156850</u>	<u>156925</u>	<u>157011</u>	<u>157073</u>	
Hora	Hora Chegada	Hora Chegada	Hora Chegada	
	<u>19:30</u>	<u>21:05</u>		
	Hora Saída	Hora Saída	Hora Saída	
	<u>19:45</u>	<u>21:18</u>		
	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	
	<u>Oliveira</u> <u>SANTOS RODRIGUES</u> <u>COREN-SP 779590 - FNE</u>	<u>Exemplar</u>		

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☒ Inconsciente
Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☒ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior
Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul
Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Ritimico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☒ Bradisfmgia ☐ Filiforme
Abdomem ☐ Plano ☒ Globoso ☐ Protuberante ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Em Avental
Membros Superior ☐ Alterados ☒ Não Alterados **Membros Inferiores** ☐ Alterados ☒ Não Alterados

Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
<u>19:45</u>	<u>170/114</u>	<u>68</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>—</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 Incompreêncivas 2
☒ Nenhuma 1

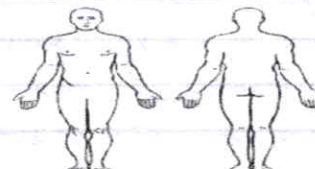
Resposta Motora

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

TRAUMA	Descrição	Crã	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 GERALDO MAGELA ANDRADE PASSOS
 RG/CPF 928.468.358-57

assinatura

[Handwritten signature]

Observações Médicas / Enfermeiros

18:30 Recebeu pelo no hospital CÉFEO na UTI. Pelo
 idem indicado no 3 dias na UTI. Recebeu pelo incontinente,
 31 Resposta Uddot. Respostas mudadas. Rubor
 fúria, mantém em AA. SSN lota o momento verbal
 apenas a PA 170/111 faz Uddot Zade med. local na
 hospital. Mantém a SVD em obstrução devida na ustama
 gestação representada por 18:30 31 lota mente de onde este
 barreira. Além (1) (2): Pelo idem indicado no dia 03/02 a
 queda de cabeça e para idem SVD na usm nos
 idem Uddot Zade TC em Córnea. Indicação de urina com
 urina. Uddot representou Nefropatia med. delimitada
 parietal (3). Onde necessita de amniotomiz. a
 metacortexato. Hospital. Pelo representante de urgência
 de Córnea + ITU crônica. Queixa de Tada. Realizada a
 cirurgia a 1 semana. PB: HAS. Mantém usm de cliente a
 procura
 mantém a SVD e a procura de SVD

Jéssica de Moura Viana
 Enfermeira
 COREN-SP 669.65.7

Materiais Utilizados

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

Jéssica de Moura Viana
 Enfermeira
 COREN-SP 669.65.7

Data

Conductor Socorrista

Data



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

2 - Nº Guia no Prestador

0004389966

1 - Registro ANS
3 5 5 7 7

3 - Número da Guia Principal
0 0 0 4 3 8 9 9 6 6

5-Senha
10/06/2024

4 - Data da Autorização
0 0 0 6 7 1 0 0 0 6 1 7 0 1 0

6 - Data de Validade da Senha
09/08/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
0 0 0 4 3 8 9 9 6 6

8 - Número da Carteira
0 2 0 0 6 7 1 0 0 0 6 1 7 0 1 0

9 - Validade da Carteira
31/05/2025

10 - Nome
ROSANGELA TAVARES DE SOUZA PASSOS

11 - Cartão Nacional de Saúde
7 0 3 4 0 3 8 9 0 0 5 7 0 0

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código na Operadora
0 2 0 0 0 1 2 1 1 9 1 8

14 - Nome do Contratado
MATHEUS SHIGUERU TAKEY

15 - Nome do Profissional Solicitante
MATHEUS SHIGUERU TAKEY

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
101520

18 - UF
35

19 - Código CBO
225260

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
10/06/2024

23 - Indicação Clínica
CONFUSAO MENTAL

24-Tabela
25- Código do Procedimento ou Item Assistencial
18 6 0 0 1 8 9 6 8

26 - Descrição
REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO COM ENFERMAGEM PARA SADT INTERMUNICIPAL POR KM

27-Qtde. Solic.
1,00

28-Qtde. Aut.
1,00

29 - Código na Operadora
020.00082627-2

30 - Nome do Contratado
PEREIRA E MARCONDES REMOÇÕES LTDA

31 - Código CHES
9 7 7 7 9 5 4

32 Tipo do Atendimento
0 5

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36-Data
10 06 2024

37 Hora Inicial
16:27

38 Hora Final
18

39-Tabela
40.Código do Procedimento
60018968

41-Descrição
REMOCAO EM AMBULANCIA SIMPLES ADULTO COM

42- Qtde.
1,00

43-Via
44-Tec.
45- Fator Red./Acresc.
46-Valor Unitário (R\$)
47-Valor Total (R\$)
0,00

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