

# Ficha de Acompanhamento

OS 1234  
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 ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

EMPRESA Unimed Guaracá C/por. Solicitante C. Lopes Data 22.11.24

Origem: Hosp. C/por. x Clínica São Ror x Hosp. C/por.

Nome: Jefferson da Silva Paula Idade 39 Contato:   
Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed For Vale Nº CARTEIRINHA 9400019001914392

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 60164	km 60204	km 60205	km 60206	km 60243
	Hora Chegada 14:40	Hora Chegada 15:16	Hora Chegada 16:20	
	Hora Saída 15:10	Hora Saída 16:15	Hora Saída 16:27	
Hora 14:00	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 17:15

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ Conciente ☐ Desorientado ☐ Inconsciente

Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midrítrica ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☐ Eupnéico ☐ Taquicardia ☐ Braquicardia ☐ Apnéia ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot ☐ Kussmaul

Circulatório ☐ Pulso normocardiaco ☐ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Dicrotico ☐ Taquisfmgia ☐ Brasisfmgia ☐ 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
15:15	120x70	60	17	15	-	98	-

## Abertura ocular

- ☐ Espontânea 4
- ☐ voz 3
- ☐ A dor 2
- ☐ Nenhuma 1

## Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
- ☐ Confusa 4
- ☐ Palavras Improprias 3
- ☐ Palavras Incompreensivas 2
- ☐ Nenhuma 1

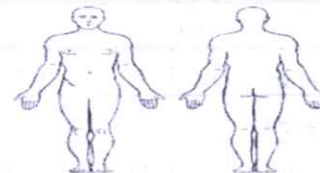
## Resposta Motora

- ☐ 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 Erica de Sousa Paula  
RG/CPF 351685 75870

assinatura

EP



## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente Lucio morto em an Alentejo.  
Admitido renovo de UTI por Realiza Perícia  
de crânio de Contraste no Instituto Santa Rosa.  
e logo após retorna a origem.

## Materiais Utilizados

M - 15:00 - 16:25.

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

Data

22/11/24

Enfermagem Responsável

Elisângela de Lima  
Enfermeira  
COREN-SP: 601.912

Data

22/11/24

Conductor Socorrista

Data

22/11/24

Sergio Gussen.



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

**Z- Nº Guia no Prestador**

3702058

3702058

12 - Atendimento a RN

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Data de Validade da Senha

5 - Senha

3 - Número de Guia Principal

Registro ANS

89 - Nome Social

9 - Validade da Carteira

1 - Nome do Profissional Solicitante

2 - Nome do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Responsável

21 - Assinatura do Contratado

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Descrição

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Indicador de Cobertura Especial

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Nome do Profissional

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização

60 - Total de Textos 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

3 - Número de Guia Principal

Registro ANS

1 - Nome do Profissional Solicitante

2 - Nome do Contratado

3 - Código na Operadora

4 - Nome

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

89 - Nome Social

9 - Validade da Carteira

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Responsável

21 - Assinatura do Contratado

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Descrição

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Indicador de Cobertura Especial

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Nome do Profissional

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização

60 - Total de Textos 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