

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318

☒ BASICA ☐ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☐ TRASFERÊNCIA 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 Prameda **Solicitante** Central Vagas **Data** 07/04/25

Origem: Polícia Jaubatá x Polícia 9 julho 53C x Polícia Jaubatá

Nome: Paulo Victor Rocha Rezende **Idade** 16 **Contato:**

Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS / CONVENIO Brodesco **Nº CARTEIRINHA** 959370018249020

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 176660	km 176663	km 176707	km 176749	km 176758
	Hora Chegada 09:30	Hora Chegada 10:15	Hora Chegada 12:00	
	Hora Saída 09:30	Hora Saída 11:10	Hora Saída 12:25	
Hora 08:30	Visto Origem	Visto Destino	Visto Destino	Hora 13:02
			Matheus de Moura Sant Ana COREN-SP-943446-AE	

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

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

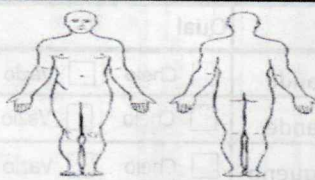
- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

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

QUEIMADURAS

	Cab	Pesc	T Ant	Tpos	Perin	Msd	Mse	Mid	Mie
I									
II									
III									

AUP
MS(E)
T=20



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

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

09:30h = Chega ao hospital de origem paciente em estado consciente, orientado, afeto, eufórico, normotensivo, em A.A, mantendo AUP em MS(E) J=20, transmise para maca e conduz a ambulância.

10:15h = Chega ao hospital de destino para realização de exame

12:00h = Retorno ao hospital de origem sem intercorrência

Materiais Utilizados

Alimentação

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
<i>Lucas</i>
Data <u>07/07/25</u>

Condutor Socorrista
<i>Lucas H.</i>
Data <u>07/13/25</u>



1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 11/11/25		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha 11/11/25		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome João Victor R. Rezende		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
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 e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição Abulôcio Simples	
27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.	
Dados do Contratado Executante			
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
44 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
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		
1 -	3 -		
2 -	4 -		
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Custos (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	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado			

06/04/25