

Ficha de Acompanhamento

OS: 1552

VTR: 318 - SPRINTER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA APH	<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> UTI NEO INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVENTOS SIV - INT	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE GTT	<input type="checkbox"/> TOMO TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX US	<input type="checkbox"/> CPRS RMN	<input type="checkbox"/> PET SCAM T. C . HIPER
					Outro: RAUDIO

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: Central de vagas

Data: 23/05/2025

Origem: HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP | INSTITUTO DE RÁDIO VALE PARAIBA - SÃO JOSÉ CAMPOS - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS | SP | HOSPITAL PIO XII - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

Nome: NATASHA TUANE DO NASCIMENTO

Idade: 32

Contato:

Sexo: Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO

NºCARTEIRINHA: 954240009652007

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 181884	Km: 181929	Km: 181934	Km: 181940	Km: 181985
	Hora Chegada: 11:50	Hora Chegada: 12:20	Hora Chegada: 14:02	
Hora: 10:50	Hora Saída: 12:12	Hora Saída: 14:00	Hora Saída: 14:10	Hora: 15:50
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não VerbalizaPupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É MaiorRespiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico ApneiaCirculatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico FiliformeAbdomem Plano Globoso Escavado Flácido Em Avental GravidicoMembros 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 Incompréencivas 2

Resposta Motora:

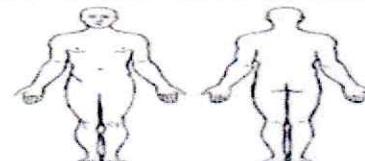
- Obdece comandos 6
Localiza Dor 5
Movimentos de retardia 4

- 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									
A	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

Transferido paciente do hospital piu-12 sjc para clínica Investigar de sjc, retornado ao destino de origem sem intercorrências, acompanhada de parente.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedágios	Outros:	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 CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956 Data ____/____/____	Condutor Socorrista <i>Saulo RDCesar</i> SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35 Data ____/____/____



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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Principal 1111111111111111	4 - Data da Autorização 11/11/2011	5 - Senha 1111111111111111	6 - Data de Validade da Senha 11/11/2011	7 - Número da Guia Atribuído na Operadora 1111111111111111				
Dados do Beneficiário									
8 - Número da Carteira 1111111111111111	9 - Vencimento da Carteira 11/11/2011	10 - Nome marisa Tuane marcimento	11 - Cartão Nacional de Saúde 1111111111111111	12 - Atendimento à RN 1111111111111111					
Dados do Solicitante									
13 - Código na Operadora 1111111111111111	14 - Nome do Contratado 1111111111111111	15 - Nome do Profissional Solicitante 1111111111111111	16 - Conselho Profissional 1111111111111111	17 - Número no Conselho 1111111111111111	18 - UF 1111111111111111				
19 - Código CBO 1111111111111111	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 								
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados									
21 - Caráter do Atendimento 1111111111111111	22 - Data da Solicitação 11/11/2011	23 - Indicação Clínica Solicite ambulância simples	24 - Tabela 1111111111111111	25 - Código do Procedimento 1111111111111111	26 - Descrição 1111111111111111				
27 - Qtde. Solic. 1111111111111111	28 - Qtde. Aut. 1111111111111111								
Dados do Contratado Executante									
29 - Código na Operadora 1111111111111111	30 - Nome do Contratado 1111111111111111	31 - Código CNES 1111111111111111							
Dados do Atendimento									
32 - Tipo de Atendimento 1111111111111111	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 1111111111111111	34 - Tipo de Consulta 1111111111111111	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 1111111111111111	36 - Data 1111111111111111	37 - Hora Inicial 1111111111111111				
38 - Hora Final 1111111111111111	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 1111111111111111	41 - Descrição 1111111111111111	42 - Qtde 1111111111111111	43 - Vlr 1111111111111111	44 - Tec. 1111111111111111				
45 - Fator Red./Acresc. 1111111111111111	46 - Valor Unitário (R\$) 1111111111111111	47 - Valor Total (R\$) 1111111111111111							
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
48 - Seq. Ref 1111111111111111	49 - Grau Part. 1111111111111111	50 - Código na Operadora/CPF 1111111111111111	51 - Nome do Profissional 1111111111111111	52 - Conselho Profissional 1111111111111111	53 - Número no Conselho 1111111111111111	54 - UF 1111111111111111	55 - Código CBO 1111111111111111		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1111111111111111	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1111111111111111	58 - Observação / Justificativa 1111111111111111	59 - Total de Procedimentos (R\$) 1111111111111111	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 1111111111111111	61 - Total de Materiais (R\$) 1111111111111111	62 - Total de OPME (R\$) 1111111111111111	63 - Total de Medicamentos (R\$) 1111111111111111	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 1111111111111111	65 - Total Geral 1111111111111111
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 1111111111111111	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1111111111111111	68 - Assinatura do Contratado 1111111111111111							