

Ficha de Acompanhamento

OS: 1573

VTR: 318 - SPRINTER

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
<input type="checkbox"/> APH	<input type="checkbox"/> TRASF. HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

Tipos de Exames	<input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> TOMO <input type="checkbox"/> TQT /TQM	<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> CPRS <input type="checkbox"/> RMN	<input checked="" type="checkbox"/> PET SCAM <input type="checkbox"/> T. C. HIPER	Outro:
-----------------	---	--	--	---	--	--------

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS Solicitante: CENTRAL DE VAGAS Data: 29/05/2025

Origem: HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP X HOSPITAL POLICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP X HOSPITAL POLICIN - CAÇAPAVA - CAÇAPAVA | SP

Nome: VINICIOS MARQUER HILARIO Idade: 22 Contato:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO NºCARTEIRINHA: 48591220200010939

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 182678	Km: 182680	Km: 182695	Km: 181722	Km: 182751
	Hora Chegada: 17:21	Hora Chegada: 18:15	Hora Chegada: 19:10	
Hora: 16:45	Hora Saída: 17:43	Hora Saída: 18:35	Hora Saída: 19:14	Hora: 19:15
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica ☒ Lúcido ☒ Orientado ☒ Consciente ☐ Confuso ☒ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ Midriática ☐ Miotica ☐ D ou E ☐ É Maior

Respiratória ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Bradipnéico ☐ Dispneico ☐ Apneia

Circulatório ☒ Normocárdico ☐ Tarquicárdico ☐ Bradicardico ☐ Filiforme

Abdomem ☒ Plano ☐ Globoso ☐ 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

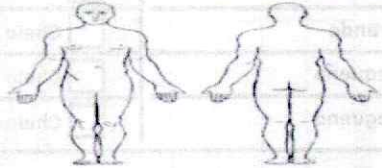
Abertura ocular: ☐ Espontânea 4 ☐ A dor 2 ☐ voz 3 ☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal: ☐ Orientada 5 ☐ Confusa 4 ☐ Palavras Impróprias 3 ☐ Palavras Incompreensivas 2

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

Descrição	Crã	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									



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: _____ Assinatura: _____

RG/CPF: _____

Observações Médicas / Enfermeiros

chego ao hospital de origem paciente no leito consciente, orientado em AA afebril, eupneico, Norm cárdico AVP em mse jelco 18,transfiro para maca e conduzo a ambulância. chego ao hospital de destino para realização de exame. chego ao hospital de origem transfiro paciente aos cuidados da equipe local.



Materiais Utilizados

REAL VIDAS

Pedagios	Outros:	Refeição / Lanche	Sim	Não
Oxigênio	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou		
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	Enfermagem Responsável	Conductor Socorrista
	Aline Moutinho	<i>SAULO RICARDO DOMINONE CESAR</i>
Data ____/____/____	ALINE CRISTINA MOUTINHO Coren/ 871076	SAULO RICARDO DOMINONE CESAR CNH/ 047.907.749-35
	Data ____/____/____	Data ____/____/____

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

1-REGISTRO ANS 000582		3-Nº GUIA PRINCIPAL		4-DATA DA AUTORIZAÇÃO		5-SENHA		6-DATA VALIDADE DA SENHA		7-DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
8-NÚMERO Vinicius Marques Hilario		9-PLANO		DADOS DO BENEFICIÁRIO 10-VALIDADE DA CARTEIRA		11-NOME		12-NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			
13-CÓDIGO NASC: 28/07/2002 22 ANOS - INTERMADO HPCAC DT ATEND: 29/05/2025 11:01 CONU: PORTO SEGURO		14-NOME DO CONTRATADO VINICIUS MARQUES HILARIO		DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		15-CÓDIGO CNES		16-NOME DO		17-CONSELHO PROFISSIONAL	
18-NÚMERO NO CONSELHO		19-UF		20-CÓDIGO CECOS							

21-DATA/HORA DA SOLICITAÇÃO		22-CARÁTER DA SOLICITAÇÃO E-ELETIVA U-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS 23-CID 10		24-INDICAÇÃO CLÍNICA (OBRIGATORIO SE PEQUENA CIRURGIA, TERAPIA, CONSULTA REFERÊNCIA E ALTO CUSTO)					
25-TABELA		26-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27-DESCRIÇÃO		28-QT SOLIC.		29-QT AUTORIZ.			
				Anestesia simples							

Dr. Ericles R. Rodrigues Filho
CRM-SP 106.188

30-CODIGO NA OPERADORA/CNPJ/CPF		31-NOME DO CONTRATADO		DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE							
32-T.L.		33-LOGRADURO		34-NÚMERO		35-COMPLEMENTO		36-MUNICÍPIO		37-UF	
38-CODIGO CNE		39-CEP		40-CODIGO CNES		41-NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE/COMPLEMENTAR		42-CONSELHO PROFISSIONAL		43-NÚMERO NO CONSELHO	
44-UF		45-CODIGO CECOS		46-GRUPO PART.							

43-TIPO DE ATENDIMENTO 1-REMEDIÇÃO 2-PEQUENA CIRURGIA 3-TERAPIA 4-CONSULTA 5-EXAME 6-ATEND. DOMILIAR 7-SADT INTERMADO 8-QUIMIOTERAPIA 9-RADIOTERAPIA 10-TRS-TER. RENAL SUBSTITUTIVA		DADOS DO ATENDIMENTO 47-INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0-ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA A O TRABALHO 1-TRANSITO 2-OUTROS		48-TIPO DE SAÍDA 1-RETORNO 2-RETORNO SADT 3-REFERÊNCIA 4-INTERMADO 5-ALTA 6-ÓBITO	
49-TIPO DE DOENÇA 1-ACUTUA 2-CRONICA		50-TIPO DE DOENÇA A-ANOS B-MESES C-DIAS		CONSULTA REFERÊNCIA	

51-DATA	52-HORA INICIAL	53-HORA FINAL	54-TABELA	55-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SÉRIE		56-DESCRIÇÃO	57-OTCE	58-VAL.	59-TEC.	60-RED./ACRESC.	61-VALOR UNITÁRIO - R\$	62-VALOR TOTAL - R\$
/ /	:	:											
/ /	:	:											
/ /	:	:											
/ /	:	:											
/ /	:	:											

63-DATA E ASSINATURA DE PROCEDIMENTO EM SÉRIE		64-TOTAL TAXAS E ALUGUEIS R\$		65-TOTAL MATERIAIS R\$		66-TOTAL MEDICAMENTOS R\$		67-TOTAL OUTROS R\$		68-TOTAL GASES MEDICINAIS R\$		69-TOTAL GERAL DA GUIA R\$	
60-RESERVAÇÃO		61-TOTAL TAXAS E ALUGUEIS R\$		62-TOTAL MATERIAIS R\$		63-TOTAL MEDICAMENTOS R\$		64-TOTAL OUTROS R\$		65-TOTAL GASES MEDICINAIS R\$		66-TOTAL GERAL DA GUIA R\$	

13927466