

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR 798.

<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> UTI ADULTO	<input type="checkbox"/> UTI INFANTIL	<input type="checkbox"/> UTI NEO	<input type="checkbox"/> UTI ÁREA	<input type="checkbox"/> EVENTOS	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> APH
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> CPRS	<input type="checkbox"/> PET SCAM	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

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

EMPRESA PRO MED. Solicitante C. VASCONCELOS Data 23.02.25
 Origem: H. D. Ciclum. TIE x H. P. & SUCHE x H. P. Tamboré

Nome: CAZALDA MAIO Pinto A. Idade 72 Contato:

Sexo Masculino Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO Nº CARTEIRINHA 775 242 000 213 012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>69364</u>	km <u>69388</u>	km <u>69432</u>	km <u>69477</u>	km
Hora <u>15:30</u>	Hora Chegada <u>16:05</u>	Hora Chegada <u>16:55</u>	Hora Chegada <u>18:55</u>	

Neurológica Lúcido Orientado consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocôricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnélico Taquipnelico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Fisiiforme

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
				15			

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- Orientada 5
- Confusa 4
- Palavras Improórias 3
- Palavras Incomprêencivas 2
- Nenhuma 1

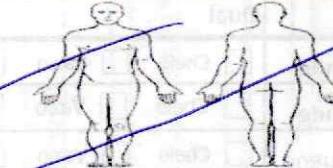
Resposta Motora

- Obdece 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 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 Isabel Cristina de Abreu Carvalho assinatura Isabel Cristina de Abreu Carvalho
 RG/CPF 8.246.565-4 / 832.215.818-15

Observações Médicas / Enfermeiros

Admitido paciente na policlínica de Taubaté, transferida para hospital polyclínica SJC onde realizou TC abdomen com contraste, na mesma encontra-se estabilizado, sem complicações; Após realização do exame, paciente retorna para Policlínica de Taubaté, visto que tem BEG.


Dr. L.F. Medeiros
COREN-SP 822168-ENF

Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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


Dr. L.F. Medeiros
COREN-SP 822168-ENF

Data 23/02/28

Condutor Socorrista

Data _____



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

Lazara Maria Pintor De Alcantara

MASC: 19/10/1952 72 ANOS - INTERNACAO
HPTIE DT ATEND: 23/02/2025 02:16
CONU: BRADESCO

437898767



4247146

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Principal											
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora									
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde									
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 Soltidados												
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Soltidada	23 - Indicação Clínica										
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	<i>Lazara Maria Pintor De Alcantara</i>	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.							
1 -												
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
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 -				a								
2 -				b								
3 -				c								
4 -				d								
5 -				e								
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 -	5 -	7 -	9 -	10 -	Dr. Luiz Felipe E. C. Moraes	Médico	CRM/SP 197097				
2 -	4 -	6 -	8 -									
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						
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado										



4247146

OS

VTR

798.

PARTICULAR APH
 AÇÃO SIV - INT

Data 23.02.25

P. Taubaté

o:

242 000 213 012
Chegada Base

km

55.

Hora

CO
776

Não Verbaliza

Maior

Gravidico

Não Alterados

Sat O2 Hgt

rsposta Motora

andos 6

5

de retardia 4

mal 3

ormal 2

se Mid Mie

Dr(a).

CRM:

Dra. Bruno M. Vilela
Medica
CRM-SP: 258.497

- Av. Nove de Julho, 430 - Tel.: (12) 3797-9800 - SJCampos-SP
- Av. Andrômeda, 1100 - Tel.: (12) 3797-8500 - SJCampos-SP
- Av. Adhemar de Barros, 530 - Tel.: (12) 3797-9000 - SJCampos-SP
- Av. Edouard Six, 80 - Tel.: (12) 3953-1044 - Jacareí-SP
- Rua Cel. João Dias Guimarães, 266 - Tel.: (12) 3221-1000 - Caçapava-SP
- Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté-SP

TRAI

Luxa

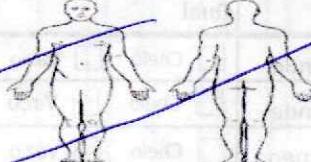
Frat

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

Nome

Lázara Maria Pintor de Alcantara

RG/CPF 8.216.565-4 / 832.215.818-15

assinatura