

# Ficha de Acompanhamento

OS  
VTR 318.

<input 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 type="checkbox"/> EXAMES	<input type="checkbox"/> TRASFERÊNCIA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIV - INT	

<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 FROMED. SA. Solicitante C. Vargas Data 16.02.25  
Origem: H. Policlín. CACAPAUZ x H. Rio XII x H. Policlín. CACAPAUZ

Nome: ANA LUCIA FERREIRA SOUZA Idade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

SEXO  Masculino  Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>173527</u>	km <u>173591</u>	km <u>173598</u>	km <u>173622</u>	km <u>173657</u>
	Hora Chegada <u>15:00</u>	Hora Chegada <u>15:30</u>	Hora Chegada <u>17:20</u>	
Hora <u>19:10</u>	Hora Saída <u>15:10</u>	Hora Saída <u>17:00</u>	Hora Saída <u>18:00</u>	
	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora <u>18:50</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnélico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  Apneia

Circulatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  Filiforme

Abdomem  Plano  Globoso  Protuberante  Escavado  Flácido  Em Avental  Gravidico

Membros Superior  Alterados  Não Alterados Membros Inferiores  Alterados  Não Alterados

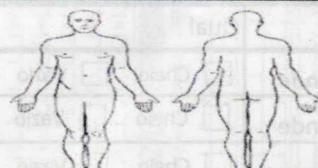
## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria
<input type="checkbox"/> Espontânea 4	<input type="checkbox"/> Orientada 5	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6
<input type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> Confusa 4	<input type="checkbox"/> Localiza Dor 5
<input type="checkbox"/> A dor 2	<input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3	<input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4
<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Palavras Incomprêencivas 2	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3
	<input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2
		<input type="checkbox"/> 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	
	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 Rafael Donegatti assinatura Rafael Donegatti  
RG/CPF 042.409.044-00

# Observações Médicas / Enfermeiros

Taxonomia Realizada SEM Intercomunicação

## Materiais Utilizados

REAL VIDAS

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 - Pegueno	<input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Vazio <input type="checkbox"/> Em uso	Quantos Bar Utilizou	

Médico Responsável

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Enfermagem Responsável

*Cláudia 07.02.26*

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Condutor Socorrista

*Jean*

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

 2 - N.º  
 NASC: 19/05/2024 - INTERNAÇÃO  
 HPT: DT AEND: 15/02/2025 15:45  
 CONU: BRADESCO

46335



4235158

**Dr. Ricardo Oki**  
**Radiologia Geral**  
**CRM 105544**

- Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	9 - Validez da Carteira
8 - Nome	89 - Nome Social	90 - Nome
9 - Validez da Carteira	91 - Regime de Atendimento	10 - Assinatura do Profissional Soltado
11 - Caráter do Atendimento	12 - Atendimen	13 - Código na Operadora
14 - Nome do Contratado	15 - Código CBO	16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
18 - UF	20 - Assinatura do Profissional Solto	21 - Indicação Clínica
22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtdc. Solic.
27 - Qtdc. Solic.	28 - Qtdc.	29 - Tabela
28 - Qtdc.	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Indicação Clínica
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data	37 - Horário Inicial
37 - Horário Inicial	38 - Horário Final	39 - Tabela
39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
41 - Descrição	42 - Qtdc.	43 - Via
42 - Qtdc.	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.
44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$
46 - Valor Total - R\$	47 - Valor Total - R\$	48 - Seq Ref.
48 - Seq Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/cPF
50 - Código na Operadora/cPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
51 - Nome do Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
53 - Número no Conselho	55 - Código CBO	56 - Total de Procedimentos (R\$)
55 - Código CBO	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Total de Procedimentos (R\$)
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	60 - Total de Medicamentos (R\$)
59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
65 - Total Geral (R\$)	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

1 - Data da Autorização	2 - Tipo de Atendimento	3 - Código na Operadora	4 - Descrição	5 - Senha
5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	8 - Nome	9 - Validez da Carteira
9 - Validez da Carteira	10 - Assinatura do Profissional Solto	11 - Caráter do Atendimento	12 - Atendimen	13 - Código na Operadora
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Código CBO	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solto	21 - Indicação Clínica
21 - Indicação Clínica	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtdc. Solic.	28 - Qtdc.	29 - Tabela
27 - Qtdc. Solic.	28 - Qtdc.	29 - Tabela	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
29 - Tabela	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Indicação Clínica	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
32 - Indicação Clínica	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data
36 - Data	37 - Horário Inicial	38 - Horário Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
37 - Horário Inicial	38 - Horário Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
41 - Descrição	42 - Qtdc.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.
42 - Qtdc.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$
43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$
44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$	48 - Seq Ref.
45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$	48 - Seq Ref.	49 - Grau Part.
46 - Valor Unitário - R\$	47 - Valor Total - R\$	48 - Seq Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/cPF
47 - Valor Total - R\$	48 - Seq Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/cPF	51 - Nome do Profissional
48 - Seq Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/cPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/cPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
50 - Código na Operadora/cPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF
51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Total de Procedimentos (R\$)
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	56 - Total de Procedimentos (R\$)	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
54 - UF	55 - Código CBO	56 - Total de Procedimentos (R\$)	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado
55 - Código CBO	56 - Total de Procedimentos (R\$)	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado	59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)
56 - Total de Procedimentos (R\$)	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado	59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	60 - Total de Medicamentos (R\$)
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado	59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	60 - Total de Medicamentos (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)
58 - Assinatura do Contratado	59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	60 - Total de Medicamentos (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
59 - Total de Taxas e Alugueis (R\$)	60 - Total de Medicamentos (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
60 - Total de Medicamentos (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (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\$)
62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado



NOAH FILIPE PAPARELLI CANALLI

4235158

Ribeirão Preto

U

Souardo TC no crânio sem contraste com ~~sotaque~~ para paciente de 8 meses de idade que apresentou queda de costas de um carro tipo de 60 cm de altura. Não apresentou vómito e não desmaiou.

Foi encaminhado no PS em Bom Jesus do Gurjão, Elascrem 15, pupilas isodárias e isofixadas simétricas bilateralmente, com Hematoma subgaleal em occipital 1x2 cm.

Realizou RX do crânio com imagem sugestiva de alongamento da sutura lambdóidea (E). Souardo ambulância obsvia.

GRATO -



Dr(a).

Dr. Ricardo Oki  
Pediatra Geral  
CRM 105544

CRM:

15102125

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

e Rua Prof. Luis Augusto Silva, 87 - Tel.: (12) 2125-0333 - Taubaté - SP