

Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

798

☐ BÁSICA ☒ 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 Unimed Paulist Solicitante Central Vagas Data 05/05/25

Origem: Hospital Unimed São Paulo x Hospital Unimed Campinas

Nome: Valentina de Sólido Couto Idade 87 Contato: _____

SEXO ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Unimed

Nº CARTEIRINHA 0004 5500012033 06 2

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 79.740	km 79.748	km 79.769	km	km 79.804
	Hora Chegada 17:54	Hora Chegada 18:35	Hora Chegada	
	Hora Saída 18:05	Hora Saída 18:50	Hora Saída	
Hora 17:30 hr	Visto Origem <u>Ewerton A. da Silva</u> Enfermeiro COREN-SP 776728	Visto Destino <u>Vanessa Shibata</u> Enfermeira COREN-SP 305.059	Visto Destino	Hora 20:00

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
18:10		76		15	36.5	99%	—

Abertura ocular

☒ Espontânea 4
☐ voz 3
☐ A dor 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Verbal

☒ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improórias 3
☐ Palavras Incompreensivas 2
☐ Nenhuma 1

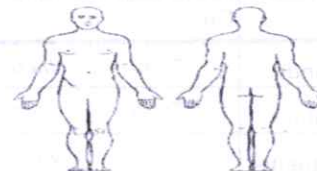
Resposta Motora

☒ 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	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 envolvam a viagem que será realizada

Nome Valentina de Sólido Couto - filha

assinatura

RG/CPF 048.771.238-22

Observações Médicas / Enfermeiros

17:54h. Paciente em leito hospitalar, apresentando dispnéia, mantendo CVC) diop APB em MSG sem sinais flogísticos, cateter nasal de O2 em 01l/m, filha relata que a mãe em aparelhos auditivos e está sem no momento, acomodada em sala de transporte e encaminhada para Hospital de Transfêrencia, sem intercorrências.

Materiais Utilizados

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

Enfermeiro Responsável

Daniela de
Enfermeiro
COREN-SP 60055

Data

05/05/25

Condutor Socorrista

Data

05/05/25

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

2 - Nº

1718151

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
3 3 4 1 5 4				5 - Senha				10 - Nome			
4 - Data da Autorização				9 - Validade da Carteira				10 - Nome			
								Valentina de Toledo couso			
8 - Número da Carteira				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
				0 0 0							
Dados do Solicitante				16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
13 - Código na Operadora				0 0 0							
15 - Nome do Profissional Solicitante				CRM - SP 56297A							
21 - Caráter do Atendimento				23 - Indicação Clínica							
22 - Data da Solicitação				25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
050525						Solicito Ambulância UTI					
24 - Tabela											
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado						31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora											
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	
1 -										40 - Código do Procedimento	
2 -										41 - Descrição	
3 -										42 - Qtd.	
4 -										43 - Via	
5 -										44 - Tec.	
6 -										45 - Fator Red./Acresc.	
7 -										46 - Valor Unitário (R\$)	
8 -										47 - Valor Total (R\$)	
9 -										54 - UF	
10 -										55 - Código CBO	
11 -										52 - Conselho Profissional	
12 -										53 - Número no Conselho	
13 -										54 - UF	
14 -										55 - Código CBO	
15 -										56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	
16 -										57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
17 -										58 - Observação / Justificativa	
18 -										59 - Total de Procedimentos (R\$)	
19 -										60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
20 -										61 - Total de Materiais (R\$)	
21 -										62 - Total de OPME (R\$)	
22 -										63 - Total de Medicamentos (R\$)	
23 -										64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
24 -										65 - Total Geral (R\$)	
25 -										66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
26 -										67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
27 -										68 - Assinatura do Contratado	
28 -										69 - Assinatura do Contratado	
29 -										70 - Assinatura do Contratado	
30 -										71 - Assinatura do Contratado	
31 -										72 - Assinatura do Contratado	
32 -										73 - Assinatura do Contratado	
33 -										74 - Assinatura do Contratado	
34 -										75 - Assinatura do Contratado	
35 -										76 - Assinatura do Contratado	
36 -										77 - Assinatura do Contratado	
37 -										78 - Assinatura do Contratado	
38 -										79 - Assinatura do Contratado	
39 -										80 - Assinatura do Contratado	
40 -										81 - Assinatura do Contratado	
41 -										82 - Assinatura do Contratado	
42 -										83 - Assinatura do Contratado	
43 -										84 - Assinatura do Contratado	
44 -										85 - Assinatura do Contratado	
45 -										86 - Assinatura do Contratado	
46 -										87 - Assinatura do Contratado	
47 -										88 - Assinatura do Contratado	
48 -										89 - Assinatura do Contratado	
49 -										90 - Assinatura do Contratado	
50 -										91 - Assinatura do Contratado	
51 -										92 - Assinatura do Contratado	
52 -										93 - Assinatura do Contratado	
53 -										94 - Assinatura do Contratado	
54 -										95 - Assinatura do Contratado	
55 -										96 - Assinatura do Contratado	
56 -										97 - Assinatura do Contratado	
57 -										98 - Assinatura do Contratado	
58 -										99 - Assinatura do Contratado	
59 -										100 - Assinatura do Contratado	