

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1783  
VTR: 318 - SPRINTER

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

Empresa: HOSPITAL CEPOG LTDA  
Solicitante: CENTRAL DE VAGAS  
Data: 22/09/2025  
Origem: HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ -  
X SANTA CASA GUARATINGUETA -  
X GUARATINGUETÁ | SP  
X HOSPITAL UNIMED CEPOG - GUARATINGUETÁ -  
GUARATINGUETÁ | SP

Nome: DENEVAL CAETANO DE PAULO  
Idade: 55  
Contato:  
Sexo:  Masculino  Feminino  
SUS/CONVENIO: UNIMED NºCARTEIRINHA: 020764002542008

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 192931	Km: 192971	Km: 192973	Km: 192975	Km: 193020
Hora: 17:35	Hora Chegada: 19:30	Hora Chegada: 21:00	Hora Chegada: 22:16	Hora: 22:30
	Hora Saída: 20:30	Hora Saída: 22:04	Hora Saída: 22:23	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica	<input type="checkbox"/> Lúcido	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Não Verbaliza
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocorica	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input type="checkbox"/> Miotica	<input type="checkbox"/> D ou E	<input type="checkbox"/> É Maior
Respiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Apneia	
Circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Tarquicardico	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Filiforme		
Abdômen	<input type="checkbox"/> Plano	<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Escavado	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Em Avental	<input type="checkbox"/> Gravidico
Membros Superior	<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados	Membros Inferiores		<input type="checkbox"/> Alterados	<input checked="" type="checkbox"/> Não Alterados

## Sinais Vitais

HORA	PA	FC	FR	GLASGOW	TEMP	Sat O2	Hgt
17:45	120*88					97	

Abertura ocular:	<b>Resposta Verbal:</b>	<b>Resposta Motor:</b>		
<input type="checkbox"/> Espontânea 4 <input checked="" type="checkbox"/> voz 3	<input type="checkbox"/> A dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1	<input type="checkbox"/> Orientada 5 <input checked="" type="checkbox"/> Confusa 4 <input type="checkbox"/> Palavras Improórias 3 <input type="checkbox"/> Palavras Incompréhencivas 2	<input type="checkbox"/> Obdece comandos 6 <input checked="" type="checkbox"/> Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Movimentos de retardia 4	<input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão Anormal 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma

T R A U M A	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 \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
RG/CPF \_\_\_\_\_

## Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente com histórico de AVCI, acamado, sem sustentação de tronco, com traqueostomia em uso de oxigênio contínuo, com agendamento para retorno com ortopedista, pois paciente teve uma queda e quebrou o braço. Peso do paciente: 66kg / Altura do paciente: 1,52 cm



### Materiais Utilizados

# REALVIDAS

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

Médico Responsável  Dr. Briet  LUIZ BRIET DE ALMEIDA CRM/ 49794 Data ____/____/____	Enfermagem Responsável  ERIKA DOS SANTOS FONSECA Coren/ 691032 Data ____/____/____	Condutor Socorrista  ADRIANO DE OLIVEIRA CNH/ 04165115514 Data ____/____/____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------