

Ficha de Acompanhamento

OS: 1771
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: HOME CARE CENE HOSPITALAR LTDA Solicitante: CENTRAL VAGAS Data: 12/09/2025

Origem: PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA - X SANTA CASA - PINDAMONHANGABA - X PERÍMETRO - PINDAMONHANGABA -
PINDAMONHANGABA | SP PINDAMONHANGABA | SP PINDAMONHANGABA | SP

Nome: CELESTE APARECIDA DOS SANTOS PINHEIRO Idade: 70 Contato:
Sexo: Masculino Feminino
SUS/CONVENIO: CASSI NºCARTEIRINHA: ni

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 191869	Km: 191873	Km: 191877	Km: 191881	Km: 191885
Hora: 12:10	Hora Chegada: 12:16	Hora Chegada: 12:35	Hora Chegada: 15:00	Hora: 00:00
	Hora Saída: 12:25	Hora Saída: 14:50	Hora Saída: 15:15	
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica Lúcido Orientado Consciente Confuso Comunicativo Não Verbaliza

Pupilas Isocóricas Anisocorica Midriátrica Miotica D ou E É Maior

Respiratória Eupnéico Taquipneico Bradipneico Dispneico Apneia

Circulatório Normocárdico Tarquicardico Bradicardico Filiforme

Abdômen 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 Improórias 3
 Palavras Incompréencivas 2

Resposta Motoria:

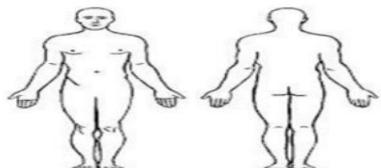
Obdece comandos 6
 Localiza Dor 5
 Movimentos de retardia 4

Flexão Anormal 3
 Extensão Anormal 2
 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

RG/CPF

Assinatura

Observações Médicas / Enfermeiros

Paciente acamada, com histórico de AVCI, sem sustentação de tronco, TRANQUILIZADOR e em uso habitual de OXIGÉNIO domiciliar quando necessário. Possui fratura em braço direito ocorrida em 24/07/2025 durante banho no leito. Levada na data de hoje 12/09/2025 ao ambulatório de ortopedia para avaliação da fratura pós imobilização com tipoia. Durante o transporte para atendimento, paciente evoluiu bem, mantendo-se eupneico em ar ambiente, sem necessidade de suporte de O₂ durante todo o percurso, tanto na ida quanto na volta para a residência, sem INTERFERÊNCIAS.



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 MARIA ISABELA DE MORAIS CRM/ 273898	Enfermagem Responsável EDSON GABRIEL GONÇALVES CONCEIÇÃO Coren/ 798910	Condutor Socorrista
Data ___/___/___	Data ___/___/___	CARLOS ALBERTO MARCONDES DE SOUZA CNH/ 1234546 Data ___/___/___