

# Ficha de Acompanhamento

OS

VTR

318.

<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	

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

EMPRESA PROMED. S.A. Solicitante CENTRAL DE VAGAS Data 24/01/25

Origem: PA STA CASA LORENA X INST STA ROSA LORENA X P.A. STA CASA LORENA

Nome: THALITA MIDIA LOPES DOS SANTOS Idade 29 Contato:

Sexo  Masculino

Feminino

SUS / CONVENIO BRADESCO

Nº CARTEIRINHA 202505230452540

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km <u>171495</u>	km <u>171545</u>	km <u>171547</u>	km <u>171548</u>	km <u>171600</u>
Hora Chegada <u>09:25</u>	Hora Chegada <u>10:07</u>	Hora Chegada <u>13:34</u>	Hora Chegada <u>13:45</u>	
Hora <u>08:30</u>	Hora Saída <u>10:00</u>	Hora Saída <u>13:27</u>	Hora Saída <u>13:45</u>	
Vista Origem <u>Cachoeira dos Santos Silva</u>	Vista Destino <u>Rodovia BR-101</u>	Vista Destino <u>Rodovia BR-101</u>	Vista Destino <u>Rodovia BR-101</u>	Hora <u>14:40</u>

Neurológica  Lúcido  Orientado  consciente  Confuso  Comunicativo  Não Verbaliza

Pupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É Maior

Respiratória  Eupnéico  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
<u>10:00</u>	<u>120x80</u>	<u>79</u>	<u>18</u>	<u>15</u>	<u>36.5</u>	<u>99%</u>	

### 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

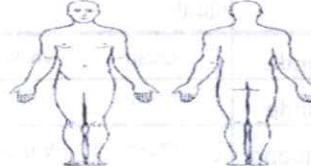
### Resposta Motora

- 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

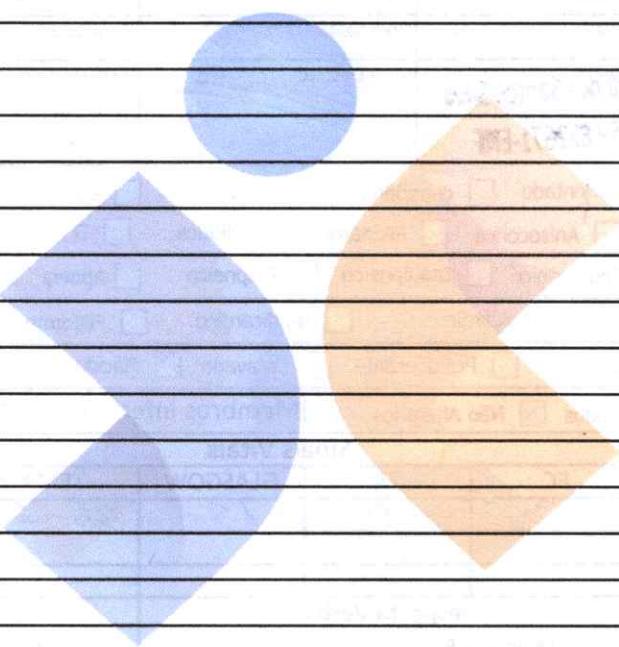
Nome Jomeli Tonili Lima dos Santos  
RG/CPF 690-952-358-82

assinatura Jomeli Santos

## Observações Médicas / Enfermeiros

Recebemos paciente para realização de ressonâncias, foi realizado o exame e retornamos ao hospital de origem. Entregamos a paciente s/ intercorrências.

*(Assinatura)*



## Materiais Utilizados

**REAL VIDAS**

Pedagios	Qual	Refeição / Lanche	Sim	R\$ 36,00	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

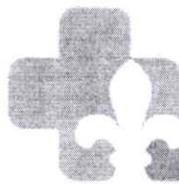
Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfermagem Responsável

Data *601032* / *24/01/25*

Condutor Socorrista

*Luis Fernando*  
Data *24/01/25*



IRMANDADE DA SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DE LORENA

(12) 3159-3344

CNPJ 51.779.304/0001-30

Rua Dom Bosco, 562 - Centro,  
Lorena/SP - CEP 12.600-100



## RECEITUÁRIO

### DADOS DO PACIENTE

NOME: THALITA MIDIA LOPES DOS SANTOS

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: 27/12/1995

MEDICO SOLICITANTE: JULIANA GALVAO DA SILVA

CRM: 217069

SOLICITO  
AMBULANCIA SIMPLES PARA TRANSPORTE HOSPITALAR  
PACIENTE ESTAVEL  
GRATA

LORENA, 21/01/2025

<https://qr-code.green-sem-papel.com.br/SCLNDk2NzK2Nw==>  
Verifique a validade do documento através do QrCode:



Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SS/CFM nº 063, por:

Estado: Assinatura digital válida

JULIANA GALVAO DA SILVA, CPF: 43079095816, às 08:05 BRT de 21/01/2025.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).



santacasadelorena f @ in

Data criação: 21/01/2025 08:05

Prestador: JULIANA GALVAO DA SILVA - Conselho: 217069