

Ficha de Acompanhamento

OS 1497
VTR 798

☐ BÁSICA ☒ UTI ADULTO ☐ UTI INFANTIL ☐ UTI NEO ☐ UTI ÁREA ☐ EVENTOS ☐ PARTICULAR ☐ APH
☐ EXAMES ☒ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR ☐ ALTA HOSPITALAR ☐ INTERNAÇÃO ☐ SIV - INT

Tipos de Exames ☐ CATE ☐ TOMO ☐ RX ☐ CPRS ☐ PET SCAM ☐ GTT ☐ TQT /TQM ☐ US ☐ RMN ☐ T. C. HIPER. Outros

CLIENTE Enomed Solicitante Central Vagas Data 03/05/25

Origem: Santa Casa de São Paulo x Clínica Psiquiátrica x

Nome: Michelle Nogueira Ferreira Idade 28 Contato: _____
Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino

SUS / CONVENIO Bradesco Nº CARTEIRINHA 772901027596000

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
km 78906	km 78996	km 79100	km	km 79154
	Hora Chegada 20:20	Hora Chegada 22:10	Hora Chegada	
	Hora Saída 21:10	Hora Saída 23:40	Hora Saída	
Hora 18:40	Visto Origem	Vista Destino	Vista Destino	Hora 00:16

Neurológica ☐ Lúcido ☐ Orientado ☐ consciente ☐ Confuso ☐ Comunicativo ☐ Não Verbaliza

Pupilas ☒ Isocóricas ☐ Anisocórica ☐ 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

Abertura ocular

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

Resposta Verbal

- ☐ Orientada 5
☐ Confusa 4
☐ Palavras Improprias 3
☐ Palavras Incompreensíveis 2
☐ Nenhuma 1

Resposta Motora

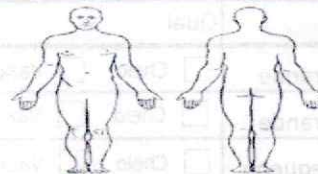
- ☐ Obedece comandos 6
☐ Localiza Dor 5
☐ Movimentos de retardia 4
☐ Flexão Anormal 3
☐ Extensão Anormal 2
☐ Nenhuma

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									

S /
aceno



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 _____ assinatura _____
RG/CPF _____

Observações Médicas / Enfermeiros

20:20h = Chego ao hospital de origem paciente em
seio consciente, orientada, no momento calma
acompanhada da irmã, em A.A, sítio, eufórica,
normocardica, sem sinais vitais, transito para
morte e conduzo a ambulância.

23:40h = Chego ao hospital de destino, quando interconos
avaliação médica, transito aos cuidados da equipe local.

20:25h - Saída do hospital de origem às 21:30h. Paciente LOTE, AAA,
ARMVUA S RA Set 99, ACVRER 2TBNF SSS, FCBS, PA 125X80. Pupilas
isocóricas e fotomagentes.

Transporte sem interconências. Chegada no hospital destino às 22:10. Pano e
cabo de médico responsável.

Dra. Elora Silva Lopes
Médica
CRM-SP 181.533

Materiais Utilizados

Alimentação

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

Médico Responsável

Dra. Elora Silva Lopes
Médica
CRM-SP 181.533

Data

Enfermagem Responsável

Lucia C. M.

Data

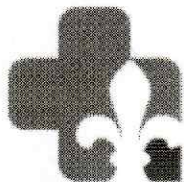
01/05/25

Condutor Socorrista

Roberto D. Lopes

Data

01/05/25



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: MICHELLI NOBREGA DOS SANTOS
NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: 06/01/1997

MEDICO SOLICITANTE: CARLA DA SILVA GOMES RIBEIRO

CRM: 203116

SOLICITAÇÃO

SOLICITO TRANSFERENCIA HOSPITALAR DE PACIENTE PARA HOSPITAL COM ASSISTENCIA PSIQUIATRICA DEVIDO A MESMA ESTAR APRESENTANDO SURTO PSICOTICO. PACIENTE JÁ FAZ ACOMPANHAMENTO COM PSIQUIATRA.

CID 10 20,0

GRATO

Carla da Silva Gomes Ribeiro
RM-SP 203116

LORENA, 30/04/2025



Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1621/2007, no sistema certificado SIBS-CFM nº 063, por

Estado: Assinatura digital válida

CARLA DA SILVA GOMES RIBEIRO, CPF 41815776672, às 10:27 GMT-03:00 de 30/04/2025

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Código: MOZ4K
validar.iti.gov.br via QRCode: