

# Ficha de Acompanhamento

OS: 1567

VTR: 318 - SPRINTER

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

Empresa: PROMED SANTA ANGELA EMERGENCIAS MEDICAS

Solicitante: CENTRAL DE VAGAS

Data: 27/05/2025

Origem: PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS X HOSPITAL POICLIN SJC - 09 JULHO - SÃO JOSÉ CAMPOS | SP

PRONTIL HOSPITAL INFANTIL - SÃO JOSÉ CAMPOS X SP

Nome: Alice Fernandes Ferreira

Idade: 0 anos

Contato:

Sexo:  Masculino Feminino

SUS/CONVENIO: BRADESCO

NºCARTEIRINHA: 774158067200012

Saída Base	Origem	Destino	Destino	Chegada Base
Km: 182150	Km: 182214	Km: 182217	Km: 182221	Km: 182281
Hora: 11:58	Hora Chegada: 13:00	Hora Chegada: 13:39	Hora Chegada: 14:55	Hora: 16:49
	Hora Saída: 13:30	Hora Saída: 14:35	Hora Saída: 15:09	Visto Destino:
	Visto Origem:	Visto Destino:	Visto Destino:	

Neurológica  Lúcido  Orientado  Consciente  Confuso  Comunicativo  Não VerbalizaPupilas  Isocôricas  Anisocorica  Midriátrica  Miotica  D ou E  É MaiorRespiratória  Eupnélico  Taquipneico  Bradipneico  Dispneico  ApneiaCirculatório  Normocárdico  Tarquicardico  Bradicardico  FiliformeAbdomem  Plano  Globoso  Escavado  Flácido  Em Avental  GravidicoMembros 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 Improórias 3  
 Palavras Incompréhencivas 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

Assinatura

RG/CPF

## Observações Médicas / Enfermeiros

Transferido criança lactente sexo feminino acompanhado da mãe Alice Fernandes Ferreira, consciente, ativa sonolenta, corada, aferido ssvv sato<sup>2</sup> 98%, fc 117 bpm, com avp em msd jelco 24, isofix duas via salinizado, do hospital prontil de sjc, para realizar exame de US de aparelho urinário, na clínica policlin 9 de julho de sjc, acomodado no bebê conforto e maca com sinto de segurança, entregue resultado de exame para enfermagem da enfermaria do hospital. prontil de sjc



### Materiais Utilizados

# REAL VIDAS

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	Enfermagem Responsável	Condutor Socorrista
	CRISTIANE ISABEL DOS SANTOS Coren/ 1027956	Saulo RICARDO CESAR CNH/ 047.907.749-35
Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___

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

2 - N.º Guia no Prestador

465144220

00000736080005

**ALICE FERNANDES FERREIRA**

Nasc: 13/02/2025 Idade: 3 meses - Sexo: Feminino

Internacao: 26/05/2025 16:59 - INTERNACAO

BRADESCO SAUDE - 774158067300012

Dr(a).: MARY ELLEN DE OLIVEIRA MARTINS

Tratamento: Pediatrico - Esp: CLINICA MEDICA

Leito: 06-C / PEDIATRIA Acom: ENFERMARIA CLINIC

Mae: KATLEN TIFANIN FERNANDES FERREIRA

E-mail: KAATY.FANNY@HOTMAIL.COM

[Redacted]

6 - Data de Validade da Senha  
[Redacted]

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
[Redacted]

Carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

o no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dra. Mary M.

[Redacted]

[Redacted]</p