

Data Solicitação: ____/____/____

Data Transporte: ____/____/____ Horário chegada origem: ____:____ h | Horário chegada destino: ____:____ h

Nome Beneficiário: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Código Carteira: _____ CPF: _____

Local Origem: Hospital Clínica Laboratório Home Care

Transporte: Ida Ida e Volta

Origem: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____ Cidade/UF: (____) _____

Setor: Pronto Atendimento Enfermaria/Apartamento CTI/UTI

Local Destino: Hospital Clínica Laboratório Home Care

Destino: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____ Cidade/UF: (____) _____

Setor: Exame Pronto Atendimento Enfermaria/Apartamento CTI/UTI

Acompanhante: Sim Não

Nome/Parentesco: _____ Telefone: (____) _____

CARÁTER DA SOLICITAÇÃO

Eletivo Emergência/Urgência

Motivo: _____

Sinais e sintomas: _____

Escala Glasgow: _____ Pressão Arterial: _____ Freq. Cardíaca: _____ Freq.

Respiratória: _____ Impressão diagnóstica: _____

_____ Em uso de prótese

respiratória? Sim Não

Tipo de Ambulância: Básica (Sem equipe médica) UTI Móvel (Com equipe médica)

Obs.: _____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DO TRANSPORTE AEROMÉDICO

1. O transporte, por questão de ética e segurança, só poderá ser solicitado pelo médico assistente, que será responsável por todas as informações contidas no formulário.
2. O formulário deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente.
3. Autorização mediante avaliação prévia da auditoria técnica da Cemig Saúde e da empresa responsável pelo transporte.
4. A Cemig Saúde não se responsabiliza por transportes realizados sem autorização prévia.