

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE



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: _____

Sector: ☐ Pronto Atendimento ☐ Enfermaria/Apartamento ☐ CTI/UTI

Local Destino: ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Laboratório ☐ Home Care

Destino: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade/UF: _____

Sector: ☐ Exame ☐ Pronto Atendimento ☐ Enfermaria/Apartamento ☐ CTI/UTI

Acompanhante⁵: ☐ 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 DA AMBULÂNCIA

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. O solicitante do transporte deverá providenciar e confirmar a respectiva vaga no hospital de destino.
4. Realizar solicitação com, no mínimo, 01h30 de antecedência.
5. Liberação do acompanhante mediante autorização da equipe de transporte.

"As informações registradas acima serão tratadas conforme LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018."