**SERVIÇO DE REMOÇÃO**

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

**Dados do paciente beneficiário Saúde CAIXA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo | Data de nascimento |
| Número do Cartão Saúde CAIXA (somente números) | CPF |
| Data de vencimento do Cartão | Idade |
| Altura | Peso  |
| Faz uso de aparelho? ( ) SIM ( ) NÃO | Se Sim, qual? |

**Dados do Responsável legal**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo | CPF |
| E-mail | Telefone com DDD |

**Dados do Acompanhante**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo | CPF |
| E-mail | Telefone com DDD |

**Dados do Estabelecimento transferente (Serviço de Origem)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome/Razão Social do Estabelecimento | CNPJ (somente números) |
| Endereço completo (com andar, ala, quarto, saída, setor, onde o paciente está) | Município/UF |
| E-mail | Telefone com DDD e Ramal |
| Solicitante | Setor do Solicitante |
| Telefone com DDD e Ramal | Nº CBO |
| Contato do Estabelecimento (Médico/Enfermeiro/Assistente Social/Outro contato |  |
| **Nome completo do transferente (médico solicitante)** | **CPF / CRM** |

**Quadro clínico e tipo de transporte**

|  |
| --- |
| 1. Relatório do médico assistente, constando a situação clínica do beneficiário e justificativa da necessidade da remoção; com CID (se necessário, utilize o verso):
 |
| 1. Especificar as condições do paciente e equipamentos necessários (se sedado ou consciente, se precisa de oxigênio, outros – especificar)
 |

**Dados do Estabelecimento de Destino**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome/Razão Social do Estabelecimento | CNPJ (somente números) |
| Endereço completo (com andar, ala, quarto, saída, setor, onde o paciente está) | Município/UF |
| E-mail | Telefone com DDD e Ramal |
| Ala onde o paciente será deixado | Contato do hospital |
| Contato do Estabelecimento (Médico/Enfermeiro/Assistente Social/Outro contato |  |
| **Nome completo médico responsável** | **CPF / CRM** |

1. Finalidade:
* De SUS para credenciado;
* De não credenciado para credenciado;
* De credenciado para credenciado, na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário;
* De credenciado para credenciado, com retorno à origem, quando da inexistência do serviço/aparelhamento na origem;
* De hospital para Home Care/Hospital de Retaguarda (autorizado pelo Saúde CAIXA);
1. Localidade da VAGA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  No município |  Na mesma região de Saúde  |  Na mesma UF  |  Para outra UF |

1. Tipo de transporte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Ambulância simples |  Ambulância UTI |  Ambulância UTI neonatal |
|  Ambulância suporte psiquiátrico |  Lear Jet |  Táxi aéreo simples |
|  Táxi aéreo UTI |  Outro tipo, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**GENTILEZA FAZER O ENVIO DA RESPOSTA ATRAVÉS EMAIL - suporte@centralsaudecaixa.com.br**