

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 (andar, ala, quarto, saída, setor, onde o paciente está)	Município/UF
E-mail	Telefone 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

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

<p>c) Finalidade:</p> <p><input type="checkbox"/> De SUS para credenciado;</p> <p><input type="checkbox"/> De não credenciado para credenciado;</p> <p><input type="checkbox"/> De credenciado para credenciado, na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário;</p> <p><input type="checkbox"/> De credenciado para credenciado, com retorno à origem, quando da inexistência do serviço/aparelhamento na origem;</p> <p><input type="checkbox"/> De hospital para Home Care/Hospital de Retaguarda (autorizado pelo Saúde CAIXA)</p>
<p>d) Localidade da VAGA:</p> <p><input type="checkbox"/> No município <input type="checkbox"/> Na mesma região de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Na mesma UF <input type="checkbox"/> Para outra UF</p>
<p>e) Tipo de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulância simples <input type="checkbox"/> Ambulância UTI</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulância UTI neonatal <input type="checkbox"/> Ambulância suporte psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> Lear Jet <input type="checkbox"/> Táxi aéreo simples</p> <p><input type="checkbox"/> Táxi aéreo UTI <input type="checkbox"/> Outro tipo, especificar: -----</p>
<p>f) Autorizo a remoção para outro município? () SIM () NÃO</p> <p>_____</p> <p>PACIENTE ou RESPONSÁVEL - Nome Completo legível:</p>
<p>g) Autorizo a remoção para outro estado? () SIM () NÃO</p> <p>_____</p> <p>PACIENTE ou RESPONSÁVEL - Nome Completo Legível</p>

DADOS DO ESTABELECIMENTO RECEPTOR (SERVIÇO RECEBEDOR DO PACIENTE)

Nome/Razão Social do Estabelecimento	CNPJ (somente número)
Endereço completo (com andar, ala, quarto, saída, setor, onde o paciente está)	Município/UF
E-mail	Telefone/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

Local/Data

Assinatura, sob carimbo com CRM, do profissional TRANSFERENTE (médico solicitante)

Assinatura, sob nome legível e CPF, do PACIENTE ou RESPONSÁVEL

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