

ANEXO ÚNICO À DELIBERAÇÃO DE SAÚDE Nº 27/ 2015-PMMG-CBMMG-IPSM  
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

**POLÍCIA  
MILITAR**  
DE MINAS GERAIS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome beneficiário			
Número do cartão:		Matrícula:	Idade:
Nome do responsável:			

UNIDADE HOSPITALAR DE ORIGEM

Nome do Estabelecimento:	Cidade:		
Responsável (contato):	Telefone:	E-mail:	
Nome e CRM do profissional:	Tipo de transporte recomendado:		

UNIDADE HOSPITALAR DE DESTINO

Nome do Estabelecimento:	Cidade:		
Responsável (contato):	Telefone:		
Nome e CRM do profissional:	E-mail:		

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Quadro Clínico:			
Data:	Nome completo do Médico Assistente:	CRM	Assinatura

Central de Atendimento do SISAU  
Tel.: (31)4005-1500 ou 0800 940 2006  
e-mail: [supervisaocentral@ipsm.gov.br](mailto:supervisaocentral@ipsm.gov.br)