

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



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome beneficiário (a)			
Número do cartão:		Matrícula:	Idade:
Telefone do (a) responsável			

UNIDADE HOSPITALAR DE ORIGEM

Nome do Estabelecimento:	Cidade:		
Responsável (contato):	Telefone:		
Nome e CRM do profissional:	Leito:	Andar:	
Tipo de transporte recomendado:	Tipo de vaga recomendada:		

UNIDADE HOSPITALAR DE DESTINO

Nome do Estabelecimento:	Cidade:		
Responsável (contato):	Telefone:		
Nome e CRM do profissional:	Leito:	Andar:	

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Justificativa para remoção:
Especialidade Solicitada:
Quadro Clínico:

Data:	Nome Completo do Médico Assistente:	CRM	Assinatura
-------	-------------------------------------	-----	------------

Central de Atendimento do SISAU
 Telefone geral: (31) 4005-1500 ou 0800 940 2006 - Ramal de remoção: (31) 3269-2177 / 2171 / 2170 / 2169
 E-mail: gestaoleitos.credenciados@ipsm.gov.br