

(210 x 150 mm - 75 g/m²)

128
Município de Pirassununga
Estado de São Paulo



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Estado de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS

*Te.: (19) 3561-2835 - EMERGÊNCIAS: 192

SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

ENFERMAGEM
MOTORISTA

PACIENTE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ - HORA DA SOLICITAÇÃO: _____ - HORA DO ATENDIMENTO: _____ - KM RODADO: _____

CONVÊNIO: SUS SANTA CASA SAÚDE UNIMED OUTROS ESPECIFICAR _____

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO, FEITA PELO MÉDICO (NO CASO DE ALTA HOSPITALAR, ESPECIFICAR SE É NECESSÁRIO ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM OU NÃO - INFORMAR AINDA SE O TRANSPORTE REQUER MACA OU NÃO. A SIMPLER INFORMAÇÃO DE ALTA, SEM ESPECIFICAR E JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE MACA E/OU ENFERMAGEM, OU A DISPENSA DE UM OU AMBOS, NÃO SERÁ ACEITX PARA O ENVIO DA AMBULÂNCIA.)

Assinatura e carimbo do médico: _____

NOTA: SOLICITAR A AMBULÂNCIA NOS SEGUINTE CASOS:

- * PARA PACIENTES IDOSOS, SEM TRANSPORTE PRÓPRIO - QUANDO SEM ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POR PARENTES OU RESPONSÁVEIS. A AMBULÂNCIA SOMENTE DEVERÁ SER SOLICITADA QUANDO O ACOMPANHANTE ESTIVER JUNTO AO PACIENTE.
- * PACIENTES QUE NECESSITEM DE TRANSPORTE EM MACA, MESMO QUE DE CONVÊNIO PARTICULAR, POREM IDENTIFICADOS COMO TAL. A RESPONSABILIDADE DA IDENTIFICAÇÃO É DO MÉDICO REQUISITANTE.
- * PACIENTES POLITRAUMATIZADOS, NAS MESMAS CONDIÇÕES DO ITEM 2, E COM ACOMPANHANTE COMO NO ITEM 1.
- * PACIENTES SEDADOS IDENTIFICADOS NAS MESMAS CONDIÇÕES DO ITEM 2, E COM ACOMPANHANTE NO ITEM 1.
- * GESTANTES
- * CRIANÇAS COM ACOMPANHANTES, SEM TRANSPORTE PRÓPRIO.

ATENÇÃO: TRANSPORTES DE ALTAS DE INTERNOS DO SUS, SERÃO FEITOS DIARIAMENTE, DAS 07:00 H ÀS 12:00 H.

* Obs: Antes da confecção entrar em contato com a Secretária M. da Saúde para confirmação do telefone.