



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
SERVICO DE AMBULÂNCIA MUNICIPAL - 156



AUTORIZAÇÃO DE REMOÇÃO COM U.T.I. MÓVEL

HORA DA SOLICITAÇÃO DA U.T.I. MÓVEL PELO HOSPITAL DE ORIGEM _____ : _____	HORA DA COMUNICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DO MÉDICO ACOMPANHANTE _____ : _____	HORA DA CHEGADA DA U.T.I. MÓVEL NO HOSPITAL DE ORIGEM _____ : _____	SAÍDA AUTORIZADA POR MÉDICO ACOMPANHANTE CARIMBO E ASSINATURA
SOLICITAÇÃO FEITA POR:	COMUNICADO POR:	VTR RECEBIDA POR:	
SAM – COMUNICAÇÃO NOME	SAM – COMUNICAÇÃO NOME	ORIGEM – RECEPÇÃO NOME	

EQUIPE DE TRANSPORTE DESIGNADA

MÉDICO		CRM:
ENFERMAGEM		COREN:
MOTORISTA		RG:

DADOS DO PACIENTE

NOME:	SEXO:	IDADE:
C.I.D.	ORIGEM:	

CONFIRMAÇÃO DA VAGA E DESTINO

REMOÇÃO AUTORIZADO POR MÉDICO RESPONSÁVEL:			C.R.M. Nº:	
HOSPITAL DE DESTINO	CIDADE			
CONFIRMAÇÃO DA VAGA	DATA	HORA	SENHA	TELEFONE PARA CONTATO
NOME DE QUEM CONFIRMOU A VAGA:				
INTRUÇÕES ADICIONAIS:				
KM SAÍDA NA ORIGEM	KM CHEGADA DESTINO	KM CHEGADA NA BASE	KM TOTAL PERCORRIDO	
HORÁRIO DE SAÍDA ORIGEM	HORÁRIO CHEGADA DESTINO	HORÁRIO CHEGADA NA BASE	HORAS DE TRAJETO TOTAL	

PARADA 1 NO TRAJETO	HORA	KM	LOCAL
PARADA 2 NO TRAJETO	HORA	KM	LOCA
RECEPÇÃO NO HOSPITAL DE DESTINO: U.T.I. LIBERADA ÀS: _____ HORAS DO DIA			MÉDICO RECEPTOR ASSINATURA E CARIMBO COM NOME E C.R.M.
OBSERVAÇÕES:			

TERMO DE RESPONSABILIDADE

AUTORIZO A REMOÇÃO DO PACIENTE DESCRITO, E DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE A PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA NÃO É RESPONSÁVEL NO CASO DE EVENTUAL RECUSA DO PACIENTE POR PARTE DO HOSPITAL DE DESTINO.
NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

R.G. Nº: _____ ORGÃO EMISSOR: _____ DATA DE EMISSÃO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ TELEFONE: _____

ASSINATURA: _____