

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA

Nome do paciente: _____

Matrícula: _____ Plano: _____

Assinatura do Responsável/Acompanhante: _____

Local de Origem: _____

Local de Destino: _____

Data de Saída: _____ Hora: _____ Data de Chegada: _____ Hora: _____

Especialidade/ Procedimento solicitado: _____

Resumo do Quadro clínico atual/ Condições de Remoção: _____

Diagnóstico Inicial (CID): _____

Motivo da Remoção:

 Ausência do serviço no hospital Outros – Especificar _____

O atual quadro clínico requer, efetivamente, que a remoção seja feita por ambulância?

 Sim Não

Em caso afirmativo, especifique o tipo de ambulância:

 Normal UTI

O transporte é de:

 Urgência/Emergência EletivaTransporte requer acompanhamento: Médico Enfermeiro Técnico de Enfermagem

O prestador de serviço já foi contactado sobre a disponibilidade da vaga ou do acontecimento?

 Sim Não

Exames/Tratamento realizados (anexar cópia): _____

Outras informações: _____

Data: ____/____/____

Carimbo/ CRM e assinatura do Médico

Preenchimento exclusivo do Plamhuv – Resposta à solicitação de ambulância

 Liberado Negado – De acordo com o Regulamento dos Planos Assistenciais.

Data: ____/____/____

Central de Autorização - CTA