Solicitação de Remoção



Prezados,

Para atendê-los com agilidade e segurança, solicitamos o preenchimento das informações para acionamento do Serviço de Remoção. **Todos os campos são obrigatórios**:

Dados do Hospital Soli	citante								
Razão Social									
Endereço						Telefone	()		
Nome do Médico		CRM:			Assinatura e Carimbo				
Dados do Paciente									
Nome do Paciente									
Nº do Cartão do Convê	nio								
Peso: kg Altura			HD/CID 10:						
Local onde o Paciente	está: Ala / Quai	rto / Setor							
☐ UTI Adulto ☐ UTI Pediátrica ☐ UTI			Neonatal			☐ UTI Apartamento			
Motivo da Transferênci	а								
☐ Sem vaga ☐ Se	☐ Exame exter	☐ Exame externo ☐ A		Alta Médica		A pedido do paciente ou familiar			
Dados da Remoção e Vaga									
Tipo de Remoção)	Trajeto		Tipo de Transporte		Tipo de Vaga			
☐ Aérea	□ Ida		רט 🗆			UTI A			
☐ Terrestre	│	☐ Ida e Volta		☐ Simples Neo Pediátrica		☐ UTI Pediátrica			
			Neo P	Neo Pediatrica		UTI Neo			
							☐ Psiquiatria		
							Exame externo		
						☐ Enfermaria / Apartamento			
Dados do Acompanhar	nte								
		T-1.		\	0 d- D				
Nome:		I ele	efone: () (Jrau de P	arentesco:			
Quadro do Paciente / E	guipamentos esi	peciais							
Paciente entubado	☐ Sim			bilidade reduzida		☐ Sim ☐ Não			
Paciente colabora	☐ Sim	☐ Sim ☐ Não Tra		queostomizado [☐ Sim ☐ Não			
Dependente de O ²	☐ Sim	☐ Sim ☐ Não Cl		austrofobia [☐ Sim ☐ Não			
Bomba de Infusão			Se sim, quantas						
Isolamento				e sim: Contato Gotículas Respiratório					
Outros equipamentos:									
Observações complem	entares:								

Gentileza encaminhar o formulário preenchido para o e-mail: remocao @centralnacionalunimed.com.br

FR-461-R00 (17/02/2020)