## 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 e	está: Ala / Quar	to / Setor						
☐ UTI Adulto ☐ UTI Pediátrica ☐			TI Neonatal			☐ UTI Apartamento		
Motivo da Transferênci	_							
Motivo da Transferenci	a							
☐ Sem vaga ☐ Sem retaguarda		da 🔲 Exame externo		☐ Alta Médica ☐		A pedido do paciente ou familiar		
Dados da Remoção e V								. ,
Tipo de Remoção		Trajeto		Tipo de Transporte		Tipo de Vaga		
☐ Aérea	□ Ida			UTI		UTI A		
☐ Terrestre	☐ Ida e	Volta		Simples Pediátrica		UTI Pediátrica		
			INC	o i Eulatiica		UTIN		
						☐ Psiqu		
						☐ Exame externo☐ Enfermaria / Apartamento		
						□ Enter	maria /	Apartamento
Dados do Acompanhan	ite							
Nome:		То	elefone: (	\	Grau de P	arantassa:		
Nome.		16	ileione. (	)	Grau de F	arentesco.		
Quadro do Paciente / E	guipamentos est	peciais						
Paciente entubado	☐ Sim	□ Não	Mobilida	de reduzida		] Sim	Não	
Paciente colabora	☐ Sim	☐ Não	Traqueo	stomizado		] Sim	Não	
Dependente de O <sup>2</sup>	☐ Sim	☐ Não	Claustro	fobia		] Sim	Não	
Bomba de Infusão	☐ Sim	☐ Não	Se sim, o	quantas				
Isolamento	☐ Sim	□ Não	Se sim:	☐ Contato	☐ Gotículas	s □ Res	piratório	0
Outros equipamentos:								
Observações compleme	entares:							

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

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

## Equipe de Regulação 24 Horas e Remoção www.unimwdnacional.coop.br

tell: (11) 3478-9600 (24 Horas)

email:remocao.un@unimednacional.coop.br

ANEXAR: RELATÓRIO MÉDICO.

DOC. DO PACIENTE.

CONTATOS DE ACOMPANHANTE.

COPIA DA CARTEIRINHA DE CONVÊNIO.

EXAMES SE EXISTIR E LAUDOS