



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 AMBULÂNCIA CALSSE "B"

HORA DA SOLICITAÇÃO DA VTR PELO HOSPITAL DE ORIGEM	HORA DA COMUNICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DO ACOMPANHANTE RESPONSÁVEL PELO PACIENTE	HORA DA CHEGADA DA VTR NO HOSPITAL DE ORIGEM	HORA EFETIVA DA SAÍDA
_____:	_____:	_____:	_____:
SOLICITAÇÃO FEITA POR:	COMUNICADO POR:	VTR RECEBIDA POR:	
SAM – COMUNICAÇÃO NOME	SAM – COMUNICAÇÃO NOME	ORIGEM – RECEPÇÃO NOME	

EQUIPE DE TRANSPORTE DESIGNADA

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: VIATURA 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: _____