

ATENDIMENTO 24H - 0800 591 3811
atendimento@servir.life

SOLICITAÇÃO PARA REMOÇÃO – ENTRE HOSPITAIS (TERRESTRE OU AÉREO)

DATA: / /

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

NOME:			
CARTEIRINHA		CID:	.
DATA DE NASCIMENTO:	/	/	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

REMOÇÃO

DATA DA REMOÇÃO:	/	/
EMPRESA DE REMOÇÃO ACIONADA:		
TIPO	<input type="checkbox"/> AÉREO	<input type="checkbox"/> TERRESTRE
PADRÃO DA AMBULÂNCIA:	<input type="checkbox"/> CONVENCIONAL	<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> UTI NEONATAL

DADOS PARA REGULAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

ORIGEM:		TELEFONE:	
DESTINO:		TELEFONE:	

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO

--

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

--

ATENDIMENTO 24H - 0800 591 3811
atendimento@servir.life

COM O FORMULÁRIO ACIMA PREENCHIDO, ABRIR REQUISIÇÃO EM SISTEMA, COM A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO ANEXADA:

- CONTATO TELEFÔNICO DO HOSPITAL DE ORIGEM E NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
- TIPO DE LEITO QUE O PACIENTE SE ENCONTRA
- TIPO DE LEITO QUE O PACIENTE DEVERÁ SER ADMITIDO NO HOSPITAL DE DESTINO
- EVOLUÇÃO DO PACIENTE, DO DIA, COM MAIOR NÍVEL DE DETALHES POSSÍVEL
- EXAMES DE IMAGEM OU LABORATORIAIS (LAUDO+EXAME)
- PRESCRIÇÃO RECENTE

DOCUMENTOS DO PACIENTE:

- COMPROVANTE DE ENDEREÇO
- DOCUMENTOS PESSOAIS
- CARTEIRINHA DO PLANO
- NOME COMPLETO E TELEFONE DE FAMILIAR

OBS: SOLICITAÇÕES ADVINDAS DE HOSPITAL SUS, CABERÁ O ENVIO DAS MESMAS INFORMAÇÕES ACIMA, CABENDO A CENTRAL 0800 ABRIR A REQUISIÇÃO PARA REGISTRO.

atendimento@servir.life