

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Dados do paciente beneficiário Saúde CAIXA

Nome Completo	Data de nascimento
Número do cartão Saúde CAIXA (somente números)	CPF

Dados do Responsável legal

Nome Completo	CPF
E-mail	Telefone com DDD

Dados do Estabelecimento transferente (Serviço de Origem)

Nome/Razão Social do Estabelecimento	CNPJ (somente números)
Endereço completo (com andar, ala, quarto, saída, setor, onde o paciente está)	Município/UF
E-mail	Telefone com DDD e Ramal
Contato do Estabelecimento (Médico/Enfermeiro/Assistente Social/Outro contato)	
Nome completo do transferente (médico solicitante)	CPF
	CRM

Quadro clínico e tipo de transporte

a) Relatório do médico assistente, constando a situação clínica do beneficiário e justificativa da necessidade da remoção; com CID (se necessário, utilize o verso):

b) Especificar as condições do paciente e equipamentos necessários (se sedado ou consciente, se precisa de oxigênio, outros – especificar)

SERVIÇO DE REMOÇÃO



c) Finalidade:

- De SUS para credenciado; De não credenciado para credenciado;
- De credenciado para credenciado, na falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário;
- De credenciado para credenciado, com retorno à origem, quando da inexistência do serviço/aparelhamento na origem;
- De hospital para Home Care/Hospital de Retaguarda (autorizado pelo Saúde CAIXA);

d) Localidade da VAGA:

- No município Na mesma região de Saúde Na mesma UF Para outra UF

e) Tipo de transporte

- Ambulância simples Ambulância UTI Ambulância UTI neonatal
- Ambulância suporte psiquiátrico Lear Jet Táxi aéreo simples Táxi aéreo UTI
- Outro tipo, especificar: _____

Dados do Estabelecimento receptor (Serviço receptor do paciente)

Nome/Razão Social do Estabelecimento	CNPJ (somente números)	
Endereço completo (com andar, ala, quarto, saída, setor, para onde o paciente irá)	Município/UF	
E-mail	Telefone com DDD e Ramal	
Contato do Estabelecimento (Médico/Enfermeiro/Assistente Social/Outro contato)		
Nome completo do médico receptor	CPF	CRM

Local/Data

Assinatura, sob carimbo com CRM, do profissional TRANSFERENTE (médico solicitante)

Assinatura, sob nome legível e CPF, do PACIENTE ou RESPONSÁVEL



Central de Atendimento Saúde CAIXA

Em caso de dúvidas, ligue para 0800 095 60 94 - opção 3

Fale conosco em centralsaudecaixa.com.br