

# SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO

## INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

NOME													
CÓDIGO UNIMED				DATA DE NASCIMENTO			IDADE		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DATA DA INTERNAÇÃO		

## INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE SAÚDE E DO MÉDICO ASSISTENTE

<b>ORIGEM</b>										
NOME DO HOSPITAL				CIDADE				UF		
CONTATO						TELEFONE				
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE							CRM			
ESPECIALIDADES					TELEFONE					
<b>DESTINO</b>										
NOME DO HOSPITAL				CIDADE				UF		
CONTATO						TELEFONE DO HOSPITAL				
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE							CRM			
ESPECIALIDADES					TELEFONE DO MÉDICO ASSISTENTE					
Nº DE LEITO DISPONÍVEL										

## CONDIÇÕES CLÍNICAS DO BENEFICIÁRIO NO MOMENTO DA SOLICITAÇÃO

PESO	ESTATURA	TEMP.	P. ARTERIAL	F. RESPIRATÓRIA	SATURÇÃO O2	BCF	GLASGOW
RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Aparelho	INTUBAÇÃO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CATETER NASAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	TRAQUEOSTOMIA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	MARCAPASSO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	DRENO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SNG <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
PVC <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	VENÓCLISE <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	INCUBADORA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OUTROS			

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A REMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATAMENTO PROPOSTO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NECESSIDADES INDISPONÍVEIS NO SERVIÇO ATUAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA DA SOLICITAÇÃO	HORA
---------------------	------

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

## LAUDO MÉDICO

### IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Declaro estar ciente e de acordo com a remoção proposta pelo médico assistente para o paciente aqui identificado.

NOME DO ACOMPANHANTE

CPF DO ACOMPANHANTE

IDENTIDADE

GRAU DE PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Acompanhante

### USO DA UNIMED

AUTORIZADO       NEGADO       SOLICITADO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

HORA

\_\_\_\_\_  
Técnico

\_\_\_\_\_  
Auditor