

Tipo de Documento	FORMULÁRIO	FOR.SHH.015 - Página1/2	
Título do Documento	TRANSPORTE DE PACIENTE EM AMBULÂNCIA	Emissão: 30/07/2025	Próxima Revisão:
		Versão: 03	

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA

ENCAMINHO PEDIDO À:

☐ Hotelaria ☐ URA ☐ PROADI ☐ Outros: _____

RECEBIDO POR:

Data e hora do recebimento ____/____/____ às ____:____

Assinatura e carimbo

NOME COMPLETO DO PACIENTE

Data de nascimento ____/____/____

Idade _____

Matrícula/Prontuário: _____

UNIDADE DE ORIGEM DO PACIENTE

HUJBB: ☐ UASCA ☐ UOH ☐ UDIP ☐ UCM ☐ USR ☐ UCGAD ☐ UDM ☐ UTI PED
☐ UTI Cirúrgica (3°) ☐ UTI Adulto (2°) ☐ Ambulatório ☐ Residência ☐ Outros: _____

HUBFS: ☐ UCMCC ☐ UCRC ☐ UNIoT ☐ UNIV ☐ UNIR ☐ UASCA ☐ Outros: _____

Enfermaria/Leito: _____ N° do ramal _____

TIPO DE AMBULÂNCIA SOLICITADA

☐ Suporte Básico, **Tipo B** ☐ Suporte avançado, Tipo D (Anexar laudo médico)

DATA E HORA PARA CHEGADA DA AMBULÂNCIA

____/____/____ ÀS ____:____

LOCAL DE DESTINO

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ Consulta ☐ Exame ☐ Transferência ☐ Internação ☐ Procedimentos ☐ Alta ☐ Urgência/Emergência

ESPECIFICAR: (Consulta a ser realizada/ Tipo de exame/ Hospital de transferência/ Local de internação/ Procedimento a ser realizado)

O LOCAL DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO FOI PREVIAMENTE CONFIRMADO?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Confirmada a presença do acompanhante ou técnico de enfermagem? (**OBRIGATÓRIO** para todo tipo de transporte)

☐ Sim ☐ Não

ATENÇÃO: não compete ao Setor de Hotelaria viabilizar profissional para este fim.

VIRE A PÁGINA



Tipo de Documento	FORMULÁRIO		FOR.SHH.015 - Página2/2
Título do Documento	TRANSPORTE DE PACIENTE EM AMBULÂNCIA	Emissão: 30/07/2025	Próxima Revisão:
		Versão: 03	

AVALIAÇÃO DO PACIENTE PARA TRANSPORTE

TIPO DE PRECAUÇÃO

☐ Padrão ☐ Contato ☐ Respiratório

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Não se aplica

MOBILIDADE

☐ Independente/Deambulando ☐ Semidependente/Cadeira de rodas ou outro dispositivo
☐ Dependente/Acamado ☐ Não se aplica

DISPOSITIVOS

☐ SNG ☐ SNE ☐ SVD ☐ GTT ☐ AVC ☐ AVP ☐ Dreno ☐ Colostomia
☐ Outros, quais? _____ ☐ Faz uso de oxigênio ____L/min ☐ TQT ☐ TOT
☐ Ventilação mecânica, **Parâmetros:** _____

Precisa de Bomba de Infusão: ☐ Não ☐ Sim, quantas? _____

ATENÇÃO

Em casos de **cancelamento do transporte**, informar com antecedência o setor responsável, para evitar custos indevidos, bem como a notificação do setor solicitante

Assinatura do solicitante

ESPAÇO DESTINADO AO CONDUTOR DA AMBULÂNCIA

Hora chegada QTH	<input type="text"/>	Hora saída QTH	<input type="text"/>	H. chega. Hosp.	<input type="text"/>
Km chegada QTH	<input type="text"/>	Km saída QTH	<input type="text"/>	Km chega. Hosp.	<input type="text"/>
Hora saída Hosp.	<input type="text"/>	Hora chegada QTH	<input type="text"/>	H. saída QTH	<input type="text"/>
Km saída Hosp.	<input type="text"/>	Km chegada QTH	<input type="text"/>	Km saída QTH	<input type="text"/>

Troca ou saída da ambulância durante o transporte: Horário de saída ____:____ KM de saída ____
 Horário de retorno ____:____ KM de retorno ____

Observações e/ou Intercorrências durante o percurso

Assinaturas e carimbos (profissionais da ambulância):

Médico

Enfermagem

Condutor

TRANSPORTE CANCELADO EM:

____/____/____ ÀS ____:____

SERÁ PAGO? () SIM () NÃO