TRANSPORTE - SATS

( ) Cópia do cartão SUS de Goiânia;

( ) Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF) – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente, necessário anexar **cópia do RG do responsável**;

( ) Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até **90 dias** à abertura do processo);

( ) Relatório médico original em formulário do SUS com consulta regulada – contendo:

- Diagnóstico com CID, histórico detalhado relatando o quadro clínico atual do paciente como (idade, duração da doença, tempo de tratamento e outras doenças), justificando a necessidade do serviço;

( ) Formulário de solicitação de transporte SATS – fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

OBSERVAÇÕES:

- **Relatório e formulário de solicitação**deverão ser feitos pelo mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE,** devidamente assinados, carimbados e datados;
- **Imprescindível a consulta regulada pela Rede do Sistema Único de Saúde.**
- **NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER DOCUMENTOS, O PROCESSO NÃO SERÁ PROTOCOLADO.**
- ***É importante salientar que a finalidade do transporte é para uso do paciente, não estendido a familiares, nem para levar resultado de exames e outros fins, sendo específico para sua finalidade a qual deve ficar bem clara.***

www.goiania.go.gov.br

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SATS

Nome do paciente:_____

Nome da Mãe: _____

Idade:_____ Data de Nascimento:_____ /_____ / _____

Tipo de transporte:

( ) Carro de passeio – VAN boxer, somente com Motorista

( ) Ambulância tipo A – Sanitária, somente com Motorista

- O usuário necessita ser transportado em decúbito dorsal? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário pode ser transportado sentado? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário consegue deambular? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário utiliza transporte? ( ) Público ( ) Particular ( ) Familiar
- O usuário necessita de oxigênio? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário usa BIPAP? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário é deficiente visual? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário necessita de acompanhante? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário possui algum distúrbio psicológico? ( ) Sim ( ) Não
- O usuário é cadeirante? ( ) Sim ( ) Não / Qual tipo de cadeira?_____

_____

Goiânia, _____ de _____ de_____.

_____

Carimbo e assinatura do Médico solicitante