



---

## **TRANSPORTE - SATIH**

( ) **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) – caso o comprovante de endereço esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento;**

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

- Diagnóstico com CID, histórico detalhado relatando o quadro clínico atual do paciente (idade; duração da doença, tempo de hemodiálise, outras doenças), justificando a necessidade do serviço;
- Se, devido ao estado clínico, necessita de acompanhante;
- Se, possui deficiência física/mental;
- Dias e horário da realização do procedimento;
- Tipo de transporte: Carro Passeio (VAN), Ambulância tipo A, Unidade de Suporte Básico- USB (SAMU).

( ) **Formulário de solicitação de transporte SATIH – 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;
- SUS – Tele Agendamento: 0800-646 1560 ou se for área de abrangência de CSF procurar a Unidade para agendar consulta. **Imprescindível a consulta regulada pela Rede do Sistema Único de Saúde.**



## **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SATIH**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Peso aproximado \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Quadro Clínico: \_\_\_\_\_

Local de origem \_\_\_\_\_ Local de destino \_\_\_\_\_

Horário do transporte \_\_\_\_\_

Tempo deste tratamento \_\_\_\_\_

### **Tipo de transporte:**

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

( ) Ambulância tipo A – Sanitária, somente com Motorista

( ) Ambulância tipo C – Avançada, com equipe completa: Médico, Enfermeiro e 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? \_\_\_\_\_



**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde  
Diretoria de Redes Temáticas  
Gerência de Bens Não Padronizados

---

***Obs.: 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.***

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

**Carimbo e assinatura do profissional solicitante**

---

**Gerência de Bens Não Padronizados**

Paço Municipal, Av. do Cerrado nº 999 - Bloco D - Park Lozandes - Goiânia - GO CEP 74.884-900

Fone: (62) 3524-1538 | (62) 3524-1687

e-mail: gbnp.smsgoiania@gmail.com