



Protocolo Nº _____

Em _____ / _____ / _____

Protocolista _____

**REQUERIMENTO DE TRANSPORTE SANITÁRIO COLETIVO E ELETIVO
PARA ATENDIMENTOS REGULADOS, EM SERVIÇOS DA REDE SUS**

- Solicitação deve ser efetivada, no Setor de Protocolos da Prefeitura Municipal de Arapongas, acompanhada de comprovante de regulação/agendamento SUS, com antecedência mínima de 03 (três) dias úteis.

- ANEXAR: CPF do **requerente** e comprovante de agendamento; CPF, CNS e comprovante residência do **paciente**.

1. Requerente: _____	CPF: _____
2. Nome do paciente: _____	CPF: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____	CNS: _____
Endereço: _____ nº: _____	Telefone:
Bairro: _____	() _____
Ponto de referência: _____	() _____
3. Paciente possui Benefício da Gratuidade do Transporte Coletivo de Arapongas: () SIM () NÃO	
4. Transporte: ANEXAR comprovante de agendamento (com local, data e horário) () Intramunicipal (dentro do município) () Intermunicipal (no estado) () Outro Data: ___/___/___ Horário: ____:____ Serviço de Saúde: _____ Endereço Serviço de Saúde: _____ nº _____ Cidade/Estado: _____ - _____	
5. Motivo do transporte: () Consulta médica com especialista, especificar especialidade: _____ () Exames, especificar o exame: _____ () Fisioterapia () Quimioterapia () Radioterapia () Alta Hospitalar () Outros, especificar: _____	
6. Condição Física e critério de elegibilidade p/ transporte no território (dentro) do município: () Deambula com uso de dispositivo: () muleta () andador () gaiola () outro: _____ () Cadeirante () Acamado em decúbito () Traqueostomizado, em uso de oxigênio () Em uso de suporte ventilatório (oxigênio, CPAP e BiPAP) () Em uso de outro dispositivo de saúde, especificar: _____	
7. Elegibilidade para transporte individual: () Transplantado menos 6 meses ¹ . Data transplante: ___/___/___ () Acamado em decúbito ² () Cadeirante ¹ ANEXAR laudo de médico responsável pelo transplante, c/ patologia/CID, data transplante, evolução, e descrição dos exames que evidenciem o grau de imunossupressão E ANEXAR laudos dos referidos exames , sendo minimamente: hemograma completo e níveis quantitativos séricos de IgG, recentes (menos de 2 meses) ² ANEXAR laudo médico com CID e descrição de exames comprobatórios da patologia atestada, a qual determinou a condição de acamado em decúbito ou cadeirante	
8. Condição de moradia: () Apartamento () Casa () Condomínio	
9. Acesso a moradia: () Rampa () Escada () Piso plano () Elevador	
Acompanhante: () Idosos maiores 60 anos () Crianças e adolescentes menores 18 anos () Portadores deficiência () Gestantes () Pacientes com comprometimento físico e/ou psíquico (ANEXAR laudo c/ descrição da patologia/CID, evolução e comprometimentos) () Portador de critério de elegibilidade p/ transporte dentro do território do município (item 6) Nome do acompanhante: _____ Idade: _____ CPF: _____ Telefone: _____	
Arapongas, ___/___/___	Assinatura: _____ Paciente ou Requerente