



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA
COORDENAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE EM UTI

Paciente: _____

Hospital Solicitante: _____

Município: _____ Fone: _____

Hospital Receptor: _____

Município: _____ Fone: _____

Vaga no Hospital Receptor: Tipo de Internação: _____

Fone - contato: _____ Falei com: _____

Tipo de Transporte: ☐ UTI aérea ☐ UTI terrestre

Médico Solicitante: _____ Data: ____/____/____.

Carimbo e Assinatura

AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO REGULADOR

☐ Deferido

☐ Indeferido

Justificativa: _____

Médico Regulador: _____ Data: ____/____/____ às ____/____ h.

SOLICITAÇÃO DE UTI Nº ____/____

Passei os dados para : _____ às ____:____ h.

Tipo de Transporte autorizado: _____ Enviei fax às ____:____ h

Paciente deu entrada no Hospital Receptor dia ____ às ____:____ h . Falei com _____

Responsável