

ANEXO I

FICHA DE CADASTRO DO CLIENTE PARA UTILIZAR O TSE

Unidade Solicitante:	
Data do Transporte:	Horário:
Motivo do Transporte: () Quimioterapia/Radioterapia () Terapia Renal Substitutiva () Exames () Outro: _____	
Nome do Paciente:	
Data de Nascimento:	Sexo:
Idade:	Profissão:
Peso:	Altura:
Naturalidade:	Nacionalidade:
Identidade:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	Município:
Ponto de Referência:	
UF:	CEP:
Tel.:	
Condição Física: () Deambula com Dificuldade () Deambula sem dificuldade () Não Deambula () Acamado () Cadeirante	
Unidade SUS de Atendimento:	
Número de Prontuário de Atendimento:	
Diagnóstico:	CID:
Tratamento Realizado:	
Tratamento/Procedimento indicado:	
Duração provável de tratamento:	
Necessidade de Acompanhante: () Sim () Não Se Sim Justificar:	
Acompanhante:	
Endereço:	
Bairro:	Município:
UF:	CEP:
Tel.:	
Identidade:	CPF:

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO ESPECIAL

Visando o atendimento e o bom andamento do Transporte Sanitário Eletivo Especial do Município de Pedro Leopoldo, declaro estar ciente e cumprir as orientações:

1. O horário para início do transporte deve ser cumprido, assim me comprometo a estar pronto no local combinado pelo menos cinco minutos antes do veículo chegar;
2. O Transporte Sanitário Eletivo está autorizado a aguardar até cinco minutos e, se ocorrer atraso superior, não será feito o transporte. Exceto em situações eventuais no retorno do serviço de hemodiálise e quimioterapia;
3. O paciente será deixado única e exclusivamente no local onde será realizado o procedimento agendado;
4. Não serão feitas, em hipótese alguma, paradas para pegar medicamentos, entrega ou realização de exames, ou em qualquer outro lugar que não seja o destino usual (agendado);
5. No caso de não utilização do serviço (por internamento, exame, ir embora antecipadamente com familiar ou de qualquer outra forma) comunicarei pelo telefone 98814 – 6504-WHATSAPP o mais breve possível, para as devidas organizações;
6. Ter uma pessoa disponível para me receber no horário de retorno, que será _____;
7. Com a dificuldade de locomoção, um único acompanhante, deverá vir junto, auxiliando para entrada/saída do veículo;
9. O trajeto realizado pelo transporte não poderá sofrer alteração para beneficiar nenhum paciente, tendo em vista que já é pré-determinado para que possamos atender a todos da melhor maneira;
10. Em caso de mudança de dia/horário do tratamento, solicitar junto a UNIDADE DE ATENDIMENTO, que emita novo laudo, para atualização junto a Central de Agendamento.

EU _____

RG _____

Declaro estar ciente dos critérios presentes neste Instrumento e das orientações do Transporte Sanitário Eletivo, para melhor prestação deste serviço.

Assinatura _____

Pedro Leopoldo ____ de _____ de _____