
	FORMULÁRIO / ADMINISTRATIVO			
	Vigência 12/08/2024	Revisão 00	Código: HSCa.ADM.FOR.003	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO (TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR OU PARA O DOMICÍLIO - HOME CARE)				

Nome completo do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Declaro que:

1. Fui informado(a) sobre os motivos da remoção do paciente:

indisponibilidade de leito para o paciente (conforme necessidade/ quadro clínico)
a pedido da família

alta para Home Care



outro motivo: _____

2. Estou ciente que a remoção do paciente será realizada por transporte qualificado pelo hospital ou conveniado ou próprio da Operadora do Plano de Saúde do Paciente, e que será vistoriado pela equipe assistencial do hospital antes da remoção:

- aéreo (tipo E)
- ambulância de transporte (tipo A)
- ambulância de suporte básico (tipo B)
- ambulância de suporte avançado (tipo D)

Caso ocorra contratação pela família, de empresa de transporte não qualificada pelo Hospital nem conveniada ou própria da Operadora do Plano de Saúde, como contingência, marcar essa opção:

ESTOU CIENTE DE QUE A EMPRESA DE TRANSPORTE POR MIM ESCOLHIDA NÃO ESTÁ QUALIFICADA PELO HOSPITAL, NEM É CONVENIADA OU PRÓPRIA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE DO PACIENTE, NÃO HAVENDO ASSIM PRÉVIA VERIFICAÇÃO TÉCNICA DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE, FICANDO SOB MINHA TOTAL RESPONSABILIDADE AS CONSEQUÊNCIAS DESSA DECISÃO.

	FORMULÁRIO / ADMINISTRATIVO			
	Vigência 12/08/2024	Revisão 00	Código: HSCa.ADM.FOR.003	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO (TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR OU PARA O DOMICÍLIO - HOME CARE)				

3. Fui informado(a) das condições clínicas do paciente e estou ciente que apesar do paciente apresentar quadro estável atestado pelo médico responsável, existem riscos que poderão ocasionar eventuais sequelas advindas da remoção solicitada;

4. Me foi esclarecido(a) que o médico da ambulância é responsável pelo transporte, quando este é realizado por transporte tipo D e E até a chegada do paciente ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.

5. Na qualidade de responsável pelo acompanhamento do paciente acima descrito, estou de acordo com a sua remoção para outra instituição de saúde, que se realizará na forma e pelos motivos acima especificados.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a remoção do paciente. Afirmando ainda que estou ciente de que o presente termo integrará o prontuário médico.

Fortaleza, Ce ____/____/____

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal



Nome legível: _____

Assinatura: _____

CPF: ____ . ____ . ____ - ____ Telefone: (____) _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(obrigatório nos casos de representação):

	FORMULÁRIO / ADMINISTRATIVO			
	Vigência 12/08/2024	Revisão 00	Código: HSCa.ADM.FOR.003	
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO (TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR OU PARA O DOMICÍLIO - HOME CARE)				

Preenchimento Obrigatório pela Equipe Assistencial

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do médico