

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

PROCESSO ADMINISTRATIVO nº.006/2026
INEXIGIBILIDADE Nº. 004/2026
CREDENCIAMENTO nº. 002/2026

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

SETORES REQUISITANTES:

Diretoria de Saúde e Faturamento.

1 – OBJETO

O presente processo visa a Contratação de pessoas jurídicas especializadas em prestação de serviços de transporte especializado de pessoas enfermas em Unidade de Terapia Intensiva Móvel - Tipo D (UTI móvel, UTI neonatal e UTI pediátrica), ambulância de suporte básico - Tipo B e serviços de transporte de paciente via emergência para hospitais de apoio em eventos municipais para atendimento aos municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL.

2 - MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO

O objeto do credenciamento se enquadra nas exigências da Lei 14.133/21. Para o eventual Credenciamento de contratação de pessoas jurídicas especializadas em prestação de serviços de transporte especializado de pessoas enfermas em Unidade de Terapia Intensiva Móvel - Tipo D (UTI móvel, UTI neonatal e UTI pediátrica), ambulância de suporte básico - Tipo B e serviços de transporte de paciente via emergência para hospitais de apoio em eventos municipais para atendimento aos municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste - CISCEL, será utilizado a modalidade que se encontra descrita no Art. 79. Considerando a natureza continuada do serviço, a imprevisibilidade da demanda e a possibilidade de contratação simultânea de múltiplos prestadores.

3 – JUSTIFICATIVA

A solicitação de credenciamento para contratação de pessoas jurídicas especializadas na prestação de serviços de transporte especializado de pessoas enfermas, compreendendo Unidade de Terapia Intensiva Móvel – Tipo D (UTI móvel adulto, UTI neonatal e UTI pediátrica), ambulância de suporte básico – Tipo B, bem como serviços de transporte de pacientes em situações de urgência e emergência e para cobertura assistencial em eventos municipais, destinados ao atendimento dos

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste – CISCEL, justifica-se pela necessidade de assegurar o transporte seguro, contínuo, eficiente e tecnicamente adequado de pacientes para unidades de referência da rede assistencial.

A contratação visa garantir a realização de remoções e transferências inter-hospitalares para procedimentos, exames e tratamentos de média e alta complexidade, atendendo pacientes em diferentes níveis de gravidade, inclusive neonatais e pediátricos, bem como assegurar suporte assistencial qualificado em eventos municipais, reduzindo riscos à saúde e à vida dos usuários.

Ressalta-se que parcela significativa dos pacientes atendidos pelos municípios consorciados não possui condições clínicas, funcionais ou logísticas para realizar deslocamentos por meios próprios, sendo imprescindível a utilização de transporte assistido, com veículos devidamente equipados e equipes multiprofissionais capacitadas, de modo a evitar o agravamento do quadro clínico, garantir a estabilidade do paciente durante o deslocamento e proporcionar acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde.

Dessa forma, os serviços de transporte e remoção especializada configuram-se como atividade essencial para a continuidade do cuidado, organização da rede regional de atenção à saúde e efetividade do atendimento, contribuindo diretamente para o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como para o adequado atendimento das demandas assistenciais dos municípios consorciados ao CISCEL.

4 - ORÇAMENTO – PREVISÃO DE CUSTO

4.1 - O valor estimado para a presente licitação é de R\$ 7.441.363,20 (sete milhões e quatrocentos e quarenta e um mil e trezentos e sessenta e três reais e vinte centavos).

4.2 - As despesas com a execução do presente serviço correrão à conta dos recursos específicos consignados no orçamento do Consórcio para o exercício de 2026.

5 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Unidade Orçamentaria 1.002.0010.0302.1002 - Manutenção Atividade Ambulatorial - Contratos Clínicas

Elemento da Despesa 33390396300000 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

Fonte de Recursos 16590000000 - Outros Recursos Vinculados à Saúde - (Outros)

Ficha 28.

6 – DO PRAZO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Os serviços serão executados por um período de 12 meses, podendo ser prorrogado de acordo com o art. 107 da Lei Federal nº 14.133/21.

7 - DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS:

Os serviços a serem prestados consistem na disponibilização, operação e execução de transporte especializado de pacientes, conforme demanda apresentada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste – CISCEL, abrangendo os municípios consorciados, observadas as condições técnicas, operacionais e legais vigentes.

7.1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS SERVIÇOS

7.1.1 AMBULÂNCIA TIPO D – UTI MÓVEL (ADULTO, NEONATAL E PEDIÁTRICA)

Prestação de serviços de remoção e transporte de pacientes em estado grave ou potencialmente grave, incluindo UTI móvel adulto, UTI neonatal e UTI pediátrica, com utilização de ambulâncias devidamente equipadas conforme normas do Ministério da Saúde, ANVISA e demais órgãos reguladores, devendo contar, no mínimo, com:

Veículos licenciados e equipados com recursos compatíveis com UTI móvel;

Equipamentos de suporte avançado à vida, tais como ventilador mecânico, monitor multiparamétrico, bombas de infusão, desfibrilador, oxigênio medicinal e, quando aplicável, incubadora neonatal;

Equipe mínima composta por médico(a), enfermeiro(a) e condutor socorrista, todos devidamente habilitados e com capacitação compatível preferencialmente com o atendimento em terapia intensiva;

Disponibilidade de insumos e medicamentos necessários à estabilização e manutenção do paciente durante o transporte.

7.1.2 AMBULÂNCIA TIPO B – SUPORTE BÁSICO

Execução de serviços de transporte e remoção de pacientes sem risco iminente de vida, porém com necessidade de acompanhamento assistencial, por meio de ambulâncias de suporte básico, com:

Veículos e equipamentos em conformidade com a legislação vigente;

Equipe mínima composta por técnico(a) de enfermagem e condutor socorrista;

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

Atendimento para remoções eletivas, inter-hospitalares ou transferências para realização de exames, consultas e procedimentos.

7.1.3 COBERTURA ASSISTENCIAL EM EVENTOS MUNICIPAIS

Disponibilização de ambulâncias e equipes de saúde para cobertura assistencial em eventos municipais, previamente autorizados pelo CISCEL, garantindo atendimento pré-hospitalar, estabilização inicial e, quando necessário, remoção do paciente para unidade hospitalar de referência.

7.2 CONDIÇÕES GERAIS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Atendimento em regime 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, conforme demanda;

Cumprimento integral das normas técnicas, sanitárias e de segurança vigentes;

Manutenção da frota, equipamentos e insumos em perfeitas condições de uso;

Registro e disponibilização de informações e relatórios dos atendimentos realizados (Anexos II e III);

Responsabilidade integral da contratada quanto aos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e secundários decorrentes da execução dos serviços.

8 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1 - Além das obrigações legais, regulamentares e das demais constantes deste instrumento e seus anexos, obriga-se, ainda, a Pessoa Jurídica a:

a) Reconhecer os direitos da administração na hipótese de rescisão contratual prevista nos artigos 137 a 139 da Lei 14.133/21.

b) Não transferir ou ceder a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente Contrato, exceto o constante na letra c abaixo;

c) não subcontratar, no todo ou em parte, o objeto do Contrato sem prévia anuência do CONTRATANTE.

d) assumir, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes da prestação dos serviços necessários à boa e perfeita execução do objeto deste instrumento;

e) submeter-se às regras de funcionamento da Contratante;

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

- f) Realizar somente os serviços autorizados pelo CONTRATANTE;
- g) prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo CONTRATANTE, cujas reclamações se obriga a atender pronta e irrestritamente;
- h) Cientificar ao CONTRATANTE a ocorrência de qualquer fato que interfira na execução normal do serviço, sugerindo as medidas necessárias a sua correção;
- i) Manter frota, equipamentos e equipes em perfeitas condições de uso;
- j) Garantir a continuidade dos serviços durante toda a vigência contratual;
- k) Atender às solicitações do CISCEL dentro dos prazos e padrões de qualidade estabelecidos;
- l) Registrar e disponibilizar relatórios dos atendimentos realizados, disponível no anexo II.

8.1.1. E-MAIL INSTITUCIONAL: É dever da Pessoa Jurídica vencedora/contratada manter durante o período de vigência do contrato/serviço, e-mail institucional, oficial, atualizado, vigente e operacional, para executar os contatos oficiais com o Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste, para realização de contratos, adendos, renovações, notificações, ofícios e todos demais atos administrativos.

8.1.2 - Respeitar, rigorosamente, na execução deste contrato, a legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, bem como as normas de higiene e segurança, por cujos encargos responderá unilateralmente;

8.2 - Efetuar a prestação dos serviços licitado no prazo e local informado;

8.3 - Arcar com todos os ônus necessários à completa prestação dos serviços, considerando-se como tal a disponibilização, nos locais indicados pelo CONTRATANTE;

8.4 - Cumprir rigorosamente com o disposto no Edital e demais anexos;

8.5 - Manter durante a execução deste contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

8.6 - Responsabilizar-se pelos ônus resultantes de quaisquer ações, demandas, custos e despesas decorrentes de danos, ocorridos por culpa sua ou de qualquer de seus empregados e prepostos,

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

obrigando-se outrossim por quaisquer responsabilidades decorrentes de ações judiciais movidas por terceiros, que lhe venham a ser exigidas por força da Lei, ligadas ao cumprimento do presente Instrumento;

8.7 - É vedada qualquer cobrança direta ao paciente ou acompanhante pelos serviços objeto deste credenciamento, sob pena de rescisão contratual;

8.8 - Em tudo agir segundo as diretrizes da Administração.

9 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

9.1 - Fornecer à CONTRATADA, em tempo hábil, todos os elementos necessários à execução do serviço a ser prestado;

9.2 - Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelo licitante vencedor;

9.3 - Acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços/entrega dos produtos do objeto deste Contrato/Ata de registro de preço;

9.4 - Impugnar, fundamentadamente, o mapa de atendimento de serviços prestados, indicando as divergências encontradas;

9.5 - Emitir as ordens de serviços/fornecimento à Pessoa Jurídica vencedora, de acordo com as necessidades, respeitando os prazos para atendimentos;

9.6 - Efetuar nas datas aprazadas os pagamentos pelos serviços devidamente prestados na forma ajustada no Edital e no Instrumento Contratual;

9.7 - O regime jurídico desta contratação confere ao contratante as prerrogativas do 104 da Lei nº 14.133/21;

9.8 - Constituem obrigações do CONTRATANTE, além da constante do Art. 115 da Lei nº 14.133/21, as especificadas no Edital;

9.9 - Cumprir com as demais obrigações constantes no Edital e outras previstas no Contrato/ata de registro de preço.

10 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

10.1 - O pagamento deverá ser efetuado com até 30 (trinta) dias contados a partir da apresentação da Nota Fiscal;

10.2 - Os pagamentos serão realizados pela Tesouraria deste Consórcio, na conta do credenciado;

10.3 - O CONTRATADO deverá encaminhar a NOTA FISCAL ao CISCEL até 02 (dois) dias após solicitação via e-mail;

10.4 - Nenhuma nota fiscal será processada e o pagamento realizado antes do respectivo envio da solicitação pelo CONTRATANTE.

11 – PREÇOS PRATICADOS

11.1.1 - O valor constante do anexo, foi fixado em conformidade com a Portaria nº.008/2024, respeitando a real capacidade financeira deste Consórcio.

12 - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1 - Os serviços objeto deste Termo de Referência serão prestados no âmbito dos municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Centro Leste – CISCEL, bem como em quaisquer localidades externas a estes, sempre que necessárias à realização de remoções, transferências inter-hospitalares ou cobertura assistencial em eventos municipais, conforme demanda e autorização do CISCEL.

12.2 - A prestação dos serviços compreenderá, entre outros, o deslocamento de pacientes a partir de unidades de saúde municipais, hospitais, unidades de pronto atendimento, clínicas, domicílios, locais de eventos e demais pontos indicados pela regulação do município consorciado ao CISCEL, com destino a unidades de referência regionais, estaduais ou interestaduais, quando clinicamente indicado.

12.3 - Os atendimentos poderão ocorrer em áreas urbanas e rurais, em vias pavimentadas ou não, devendo a contratada assegurar plena capacidade operacional, logística e técnica para a execução dos serviços em qualquer localidade demandada, sem prejuízo da qualidade, segurança e continuidade da assistência prestada.

12.2 - Todos os deslocamentos e atendimentos deverão observar as condições definidas pela regulação município consorciado ao CISCEL, respeitando os fluxos da Rede de Atenção à Saúde, as pactuações intermunicipais e as normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

13 - PROCEDIMENTOS DE GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO:

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambê do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

13.1 - O contrato, ou instrumento equivalente oriundo desta contratação, conforme o Artigo 117 da Lei nº 14.133/21, terá como responsáveis:

13.1.1 - FISCAL DO CONTRATO: Diretoria de Saúde;

13.2 - Na ausência dos servidores que ocupam o cargo acima, os responsáveis tanto pela gestão quanto pela fiscalização será o servidor que estiver atuando em substituição ao referido cargo;

13.3 - Compete ao Gestor do Contrato acima identificado:

13.3.1 - Exercer a administração do contrato, com atribuições voltadas para o controle das questões documentais da contratação, quais sejam, verificar se os recursos estão sendo empenhados conforme as respectivas dotações orçamentárias, acompanhar o prazo de vigência do contrato, verificar a necessidade e possibilidade da renovação/prorrogação, bem como estudar a viabilidade de realização de reequilíbrio econômico-financeiro e da celebração dos respectivos termos aditivos, etc;

13.3.2 - Exercer a verificação concreta do objeto, devendo verificar a qualidade e procedência da prestação do objeto respectivo, atestar documentos fiscais, exercer o relacionamento necessário com a contratada, dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, etc.

Itabira, 19 de janeiro de 2026.

Renata Carla Beato

Diretoria de Saúde e Enfermeira RT

De acordo,

Daiane Ferreira Chaves Avelar
Secretária Executiva

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

ANEXO I DO TERMO DE REFERÊNCIA

DESCRIÇÃO E VALOR

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	UTI móvel - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, <u>sem espera e sem retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 3.671,63	R\$ 1.101.489,00
2	UTI móvel - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, para realização de consultas, exames e procedimentos, <u>com espera e retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 4.428,43	R\$ 664.264,50
3	UTI móvel - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL (exceto o município de Itabira) para a cidade de <u>Itabira e João Monlevade, com ou sem retorno</u> para cidade de origem.	R\$ 3.002,08	R\$ 1.501.040,00
4	UTI móvel - Remoção interna <u>dentro do próprio município</u> , com ou sem retorno ou entre municípios consorciados até 40km considerando ida e volta.	R\$ 1.795,50	R\$ 179.550,00
5	UTI móvel Neonatal - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, <u>sem retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 5.045,33	R\$ 151.359,90
6	UTI móvel - Transporte <u>cancelado</u> após deslocamento da equipe de UTI Móvel, dentro do próprio município do contratado.	R\$ 1.024,49	R\$ 10.244,90
7	AMBULÂNCIA BÁSICA - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, <u>sem retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 1.586,30	R\$ 634.520,00

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambê do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

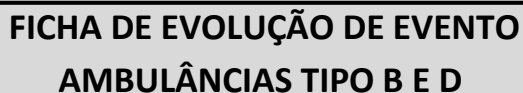
8	AMBULÂNCIA BÁSICA -Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para-Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, para realização de consultas, exames e procedimentos, <u>com espera e retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 1.949,83	R\$ 877.423,50
9	AMBULÂNCIA BÁSICA - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL, para <u>Itabira/João Monlevade</u> , com ou sem retorno para cidade de origem.	R\$ 1.255,82	R\$ 1.130.238,00
10	AMBULÂNCIA BÁSICA - Remoção interna dentro do próprio município, com ou sem retorno ou <u>entre municípios</u> consorciados até 40km considerando ida e volta.	R\$ 773,33	R\$ 154.666,00
11	AMBULÂNCIA BÁSICA - Transporte <u>cancelado</u> após deslocamento da ambulância dentro do próprio município do contratado.	R\$ 396,58	R\$ 11.897,40
12	KM rodado UTI	R\$ 11,72	R\$ 70.320,00
13	KM rodado BÁSICA	R\$ 6,01	R\$ 30.050,00
14	UTI móvel pediátrica (29 dias a 12 anos) - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, <u>sem espera e sem retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 4.250,00	R\$ 127.500,00
15	UTI móvel pediátrica (29 dias a 12 anos) - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL para-Belo Horizonte ou outros municípios não consorciados até o limite de 350km, para realização de consultas, exames e procedimentos, <u>com espera e retorno</u> do paciente para cidade de origem.	R\$ 5.300,00	R\$ 159.000,00
16	UTI móvel pediátrica (29 dias a 12 anos) - Remoção das cidades de abrangência do CISCEL (exceto o município de Itabira) para a cidade de <u>Itabira e João Monlevade</u> , com ou sem retorno para cidade de origem.	R\$ 2.450,00	R\$ 73.500,00

Municípios Consorciados

- Barão de Cocais
- Bom Jesus do Amparo
- Ferros
- Itabira
- Itambé do Mato Dentro
- Morro do Pilar
- Passabém
- Santo Antônio do Rio Abaixo
- Santa Bárbara
- São Gonçalo do Rio Abaixo
- Santa Maria de Itabira
- São Sebastião do Rio Preto

17	UTI móvel pediátrica (29 dias a 12 anos) - Remoção interna dentro do próprio município, com ou sem retorno ou entre municípios consorciados até 40km considerando ida e volta.	R\$ 1.700,00	R\$ 51.000,00
18	UTI móvel pediátrica (29 dias a 12 anos) - Transporte cancelado após deslocamento da equipe de UTI Móvel, dentro do próprio município do contratado.	R\$ 950,00	R\$ 28.500,00
19	Ambulância para suporte básico tipo B para eventos	R\$ 276,00	R\$ 220.800,00
20	Ambulância para suporte avançado tipo D para eventos	R\$ 660,00	R\$ 264.000,00
Valor total estimado para o credenciamento			R\$ 7.441.363,20

Valor estimado do Credenciamento: é de R\$ 7.441.363,20 (sete milhões e quatrocentos e quarenta e um mil e trezentos e sessenta e três reais e vinte centavos).

EVENTO

FICHA DE EVOLUÇÃO (Preenchimento Obrigatório)

Data:	___/___/___	Ambulância:		Km Inicial:			Km Final:	
	Ambulância Básica		UTI Móvel Adulto		UTI Móvel Pediátrica		UTI Neonatal	
	Com Espera		Sem Espera		Com Retorno		Sem Retorno	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

*Nome: _____

*Acompanhante: _____ Grau de Parentesco: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ *Sexo: () Feminino () Masculino - Idade: _____

CPF: _____ RG: _____ Nº Cartão SUS: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____

*Município: _____ Estado: _____ Telefone: () _____

*UNIDADE DE ORIGEM: _____

*Município: _____ *Médico Solicitante: _____

*UNIDADE DE DESTINO: _____

*Município: _____ Contato: _____

MOTIVO DA REMOÇÃO:

*AUTORIZAÇÃO DE TRANSPORTE

Eu, _____, na qualidade de _____, portador do RG _____, autorizo o transporte do referido e declaro ter recebido informações do () médico(a) e/ou () enfermeiro(a)/técnico(a) responsável pela remoção sobre a necessidade e dos riscos inerentes durante o traslado como instabilidade e/ou óbito.

Assinatura do Responsável

*RECUSA DE TRANSPORTE

Eu, _____, na qualidade de _____, portador do RG _____, declaro ter recebido informações sobre a necessidade de transferência, porém não autorizo o transporte e assumo total responsabilidade pela recusa, mesmo que isto traga danos à saúde do paciente, isentando de qualquer responsabilidade a equipe do Ciscel.

Motivo da recusa: _____

Assinatura do Responsável

***MotivodaTransferência:** _____

Diagnóstico: _____

História Progressa: _____

Oxigenoterapia: () AA () CN _____ l/min () MF _____ l/min () Hood _____ l/min () Outro: _____ - _____ l/min

Ventilação Mecânica: Modo () PCV () VCV () PSV/CPAP () Outros: _____

R.Time: _____ T.Ins seg: _____ Freq cpm: _____ FiO2: _____ Fluxo l/min: _____ PEEPcmH²O: _____

Sens cmH²O: _____ I:E: _____

Dispositivos Invasivos: () SVD () SNG () SNE () TQT () GTT () Ostomia () TOT nº _____ () Dreno: Local _____

Acesso Venoso: () AVP () ACV - Local _____ Outros: _____

Contenção: () Não () Sim - Qual: _____

Imobilização: () Não () Sim – () Prancha/Tirante () Bachal () Colar Cervical () Outro: _____

*MEDICAÇÕES

Alergia Medicamentosa: () Não () Sim – Qual?: _____

Aminas

Sedação

Outras

DADOS

UNIDADE DE ORIGEM

DURANTE TRANSPORTE

UNIDADE DE DESTINO

Glasgow

Pupila para Trauma: _____
AO: _____ RM: _____ RV: _____
Total: _____

Pupila para Trauma: _____
AO: _____ RM: _____ RV: _____
Total: _____

Pupila _____ para
Trauma: _____
AO: _____ RM: _____ RV: _____
Total: _____

PA

FC

FR

Sat. O₂%

T.ax

Glic. Capilar

Temp. Incub.

BCF

***Evolução Médica:**

***Evolução de Enfermagem:**

***HORÁRIOS DE ATENDIMENTO**

Saída Base ____:____ Chegada Origem ____:____ Saída Origem ____:____ Chegada Destino ____:____
Saída Destino ____:____ Retorno Origem ____:____ Retorno Base ____:____

***EQUIPE DE TRANSFERÊNCIA:**

Médico(a): _____ Enfermeiro(a)/Técnico(a): _____
Motorista: _____ Teste Bafômetro: Nº _____ Horário: ____:____

***RECEPTOR NA UNIDADE DE DESTINO:**

MATERIAIS UTILIZADOS

QUANT	MATERIAL	QTD.	MATERIAL

MEDICAÇÕES E SOLUÇÕES UTILIZADAS

Observações:

*Data: ____/____/____

*MÉDICO: _____

*PACIENTE: _____

*TIPO DE REMOÇÃO: () INTERNA () EXTERNA () COM RETORNO KM TOTAL: _____

*CIDADE DE ORIGEM: _____

*CIDADE DE DESTINO: _____

OBSERVAÇÃO: _____

*ASSINATURA: _____