

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE (TTU)

Enviar formulário e relatório médico para atendimento@copass-saude.com.br.

Data transporte:

Horário imediato? ☐ Sim ☐ Não (Horário ambulância na origem ____:____ h).

- Cartão Copass:

- Nome:

- CPF: _____ Data de nascimento: _____ (Idade: _____)

- Diagnóstico: _____

- Dependente O₂? ☐ Não ☐ Sim - Obeso? ☐ Não ☐ Sim, peso: _____ Kg

Tipo ambulância:

- ☐ Básica
☐ UTI Adulto
☐ UTI Neo-Pediátrica

Para fim de:

- ☐ Consulta / Procedimento (ida e volta)
☐ Internação (ida)
☐ Atenção Domiciliar

ORIGEM:

☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Residência – Atenção Domiciliar

Nome:

Endereço:

Bairro:

Cidade/Estado:

Telefone:

Ramal: _____

Pessoa de contato:

Setor:

Quarto/Leito: _____

DESTINO:

☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Residência – Atenção Domiciliar

Nome:

Endereço:

Bairro:

Cidade/Estado:

Telefone:

Ramal: _____

Pessoa de contato:

Setor:

Quarto/Leito: _____