

Orientação Remoção cliente Unimed

A Unimed São João Nepomuceno, vem por meio desta, orientar o processo para remoção de clientes Unimed.

REMOÇÃO PARA CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

O Hospital ORIGEM deverá **através do MÉDICO ASSISTENTE** ou outro profissional do Hospital que tenha os dados clínicos do paciente **PROCURAR VAGA no Hospital de destino para o cliente.**

Após a vaga disponibilizada o **HOSPITAL ORIGEM** através do médico assistente deverá **entrar em contato para SOLICITAÇÃO da REMOÇÃO (Unimed Aeromédica)** através do **0800 9 412 412** onde será realizado triagem.

REMOÇÃO PARA CASOS ELETIVOS

O Hospital ORIGEM deverá **através do MÉDICO ASSISTENTE** ou outro profissional do Hospital que tenha os dados clínicos do paciente **PROCURAR VAGA no Hospital de destino para o cliente.**

Após a vaga disponibilizada o **HOSPITAL ORIGEM** deverá preencher formulário em anexo e enviar para e-mail: atendimento@unimedaeromedica.com.br

Para acompanhar a solicitação e ou dúvida de Remoção pelo **0800 9 412 412**

CONTATO DOS HOSPITAIS MAIS PROCURADOS EM JUIZ DE FORA

HOSPITAL UNIMED JUIZ DE FORA

Telefone (32) 3512-2200 opção 2

HOSPITAL ALBERT SABIN

Telefone Central de Leitos : (32) 3249-7008

WhatsApp Central de leitos (32)99195-1078 (Neste número não aceita ligação só WhatsApp)

Telefone Geral Hospital: (32) 3249-7000

HOSPITAL MONTE SINAI

Obs: Deverá ser observado no verso do cartão Unimed se tem algum impedimento de cobertura para o Hospital Monte Sinai.

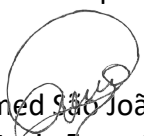
Telefone Central de Leitos : (32) 2104-4245 (Ligar primeiro e depois passar relatório no WhatsApp (32) 98423-1940)

Telefone Geral Hospital: (32) 3239-4455

Para maiores informações favor entrar em contato com a Unimed SJN tel: (31)3055-1608 / WhatsApp (31) 999281-0007

Atenciosamente,

São João Nepomuceno – MG, 05/02/2025



Unimed São João Nepomuceno
Diretoria Executiva

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE



Data Solicitação: ____/____/____

Nome Solicitante: _____ Telefone Solicitante: (____) _____

Data Transporte: ____/____/____ Horário chegada origem: ____:____ h | Horário chegada destino: ____:____ h

Nome Beneficiário: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Código Carteira: _____ CPF: _____

Local Origem: ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Laboratório ☐ Home Care ☐ Consultório Transporte: ☐ Ida ☐ Ida e Volta

Origem: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____ Cidade/UF: _____

Sector: ☐ Pronto Atendimento ☐ Enfermaria/Apartamento ☐ CTI/UTI

Local Destino: ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Laboratório ☐ Home Care ☐ Consultório

Destino: _____

Endereço: _____ Cidade/UF: _____

Sector: ☐ Exame ☐ Pronto Atendimento ☐ Enfermaria/Apartamento ☐ CTI/UTI

Acompanhante⁵: ☐ Sim ☐ Não

Nome/Parentesco: _____ Telefone: (____) _____

CARÁTER DA SOLICITAÇÃO

☐ Eletivo ☐ Emergência/Urgência

Motivo: _____

Sinais e sintomas: _____

Escala Glasgow: _____ Pressão Arterial: _____ Freq. Cardíaca: _____ Freq. Respiratória: _____

Impressão diagnóstica: _____

Em uso de prótese respiratória? ☐ Sim ☐ Não

Tipo de Ambulância: ☐ Básica (Sem equipe médica) ☐ UTI Móvel (Com equipe médica)

Obs.: _____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DA AMBULÂNCIA

1. O transporte, por questão de ética e segurança, só poderá ser solicitado pelo médico assistente, que será responsável por todas as informações contidas no formulário.
2. O formulário deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente.
3. O solicitante do transporte deverá providenciar e confirmar a respectiva vaga no hospital de destino.
4. Realizar solicitação com, no mínimo, 01h30 de antecedência.
5. Liberação do acompanhante mediante autorização da equipe de transporte.