



## 11.7. ANEXO VII - comprovação de atendimento por transporte terrestre

### EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/CISAMREC/2024 CREDENCIAMENTO UNIVERSAL PESSOAS JURÍDICA SERVIÇO DE TRANSPORTE POR AMBULÂNCIA TERRESTRE

COMPROVAÇÃO DE ATENDIMENTO POR TRANSPORTE TERRESTRE E HORA PARADA				
<b>CREDENCIADA</b>				
<b>PACIENTE</b>				
<b>RESPONSÁVEL</b>				
Data do atendimento: ____/____/____			KM RODADOS: _____	
<b>Atendimento de IDA</b> (Levar o paciente)	Sim/Não ( )	<b>ORIGEM:</b> _____	<b>DESTINO:</b> _____	
		<b>HORÁRIO DE SAÍDA DA ORIGEM</b> ____:____ HS	<b>HORÁRIO DE CHEGADA NO DESTINO</b> ____:____ HS	
<b>Atendimento de VOLTA</b> (Buscar o paciente)	Sim/Não ( )	<b>DESTINO:</b> _____	<b>ORIGEM:</b> _____	
		<b>HORÁRIO DE SAÍDA DO DESTINO</b> ____:____ HS	<b>HORÁRIO DE CHEGADA NA ORIGEM</b> ____:____ HS	
<b>TIPO DE AMBULÂNCIA UTILIZADA</b> (Marcar com 'Tipo: A, B, C ou D')	<b>Tipo A</b> <b>Tipo B</b> <b>Tipo C</b> <b>Tipo D</b>	( )	<b>HORA PARADA NA IDA ?</b>	Sim/Não ( )
			<b>HORA PARADA NA VOLTA ?</b>	Sim/Não ( )
Das ____:____ as ____:____ HS TOTAL DE HORAS: _____				
Das ____:____ as ____:____ HS TOTAL DE HORAS: _____				
Dados dos profissionais responsáveis pelo transporte				
<b>Médico</b>				
Nome:		Anotações gerais		
Nº do registro profissional:				
<b>Enfermeiro</b>				
Nome:				
Nº do registro profissional:				
<b>Técnico de Enfermagem</b>				
Nome:				
Nº do registro profissional:				
<b>Motorista</b>				
Nome:				
Nº do registro profissional:				
Data ____ / ____ / ____				
Carimbo e assinatura da CREDENCIADA				