

# PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO- TSE

**CARAGUATATUBA**  
**2024**



## PROTOCOLO DE ACESSO AO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO SOB A RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA

### I- INTRODUÇÃO

O Transporte Sanitário Eletivo (TSE) destina-se à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS, que demanda serviços de saúde e que não apresentam risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento e/ou de transporte em decúbito horizontal.

É considerado Transporte Sanitário Eletivo o veículo destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS, observando-se ainda que:

- Deve ser utilizado em situações previsíveis de **atenção programada com a realização de procedimentos regulados e agendados, sem urgência, realizado por veículos tipo lotação** conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM);
- Aplica-se ao deslocamento programado no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuado.

### II- BASE LEGAL

- Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências;
- Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define o transporte sanitário eletivo como um dos quatro sistemas logísticos que compõem a estrutura operacional das redes de atenção saúde;
- Portaria GM/MS nº 1631, de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- Portaria GM/MS nº 2.563, de 03 de outubro de 2017, que regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);



- Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos em caráter eletivo no âmbito do SUS;
- Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisão de suas diretrizes;

Portaria GM/MS nº 2.214, de 31 de agosto de 2017, que regulamenta a aplicação de recursos por programação para aquisição de ambulância de transporte tipo A;

- Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, é a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;
- Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências;
- Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Lei Municipal nº 2.651, de 23 de maio de 2023, que dispõe sobre o acesso gratuito da pessoa com deficiência ao transporte público no município.

### III - DIRETRIZES DO TRANSPORTE DENTRO DO MUNICÍPIO

O Município da Estância Balneária de Caraguatatuba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, estabelece diretrizes para a utilização do serviço de transporte sanitário eletivo, o qual tem finalidade precípua atender a pacientes eletivos do Sistema Único de Saúde – SUS, residentes no município de Caraguatatuba que apresentem quadro de mobilidade nula ou reduzida, permanente ou temporária, corroborada pelos profissionais de saúde de atendimento, que tenha dificultada a sua locomoção e que necessitem de serviço de transporte municipal para acesso a rede de serviços SUS e ou pactuados deste, para realizar seu tratamento, mediante agendamento prévio feito através das UNIDADES DE SAÚDE – U.B.S. DE REFERÊNCIA, dos munícipes, **realizado por veículos tipo lotação**, tais como:

- a) Consultas, para avaliação médica;
- b) Exames Clínicos;
- c) Internação Cirúrgica;
- d) Internação Clínica;
- e) Quimioterapia/Radioterapia;
- f) Serviço de Reabilitação; Fisioterapia (mobilidade nula ou reduzida);
- g) Pacientes cadastrados no Serviço de Hemodiálise;
- h) Agendamentos solicitados pelos Hospitais da Rede.



#### IV- CRITÉRIOS DE ACESSO

- Observar as regras contidas no presente protocolo;
- Os Municípios deverão ir a uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA, lista de Unidades ( ANEXO III ) a fim de solicitar Transporte Sanitário Eletivo – T.S.E.

O Transporte Sanitário Eletivo é feito em veículos Vans, Micro ônibus, veículos de transporte coletivo precipuamente.

- A Unidades Básicas de Saúde farão pré-cadastro a partir da apresentação pelo paciente ou em seu impedimento seu representante legal dos documentos para análise:

a) Documentos originais do Paciente:

- Cédula de Identidade RG,
- Cartão de Pessoa Física - C.P.F,
- Cartão do SUS, atualizado;
- Comprovante de residência recente, do mês em curso;
- Telefone para Contato do paciente /acompanhante/ representante legal;
- Pedido médico e/ou de terapeuta solicitando serviço de transporte;
- Em caso de representante legal, apresentar documentos comprobatórios e documentos pessoais do representante legal com foto;

b) Caso haja necessidade de acompanhante, deverá ser pessoa maior de 18 (dezoito) anos e gozar de boa saúde física e mental a fim de auxiliar o paciente em seus deslocamentos ao utilizar o serviço, bem como no local determinado onde será atendido;

c) As solicitações de agendamento para um determinado dia podem ser realizadas com a apresentação dos documentos requeridos **com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis;**

Observar:

- 1- Quando o paciente for criança, adolescente ou idoso, com dificuldade de locomoção e discernimento a presença do acompanhante é obrigatória;
- 2- Os pacientes que possuírem condição de viajar sozinhos, só serão permitidos o acompanhante mediante recomendação médica e/ou por solicitação expressa do serviço que executará a consulta ou exame desta obrigatoriedade (apresentar por escrito essa condição no ato do agendamento).
- 3- Não será permitido indicar acompanhante com idade de 80 (oitenta) anos ou mais, salvo análise da situação contextual que justifique tal indicação.

#### V- EXCLUSÕES: SITUAÇÕES EM QUE O TRANSPORTE NÃO SERÁ CONCEDIDO.

- 1- Duas solicitações de agendamento no mesmo dia em locais diferentes; excetuando-se as intercorrência que por ventura ocorrerem para realização de

procedimentos (interconsultas, exames, radioterapia, quimioterapia) solicitada pela unidade aonde paciente já se encontra com a finalidade de complementar parecer clínico de sua patologia, agendado por aquela unidade e comunicado ao setor de transportes deste Município;

2- Perícias médicas, INSS, IMESC (teste de paternidade), Visitas Hospitalares e outros fins;

3- Transporte de Urgência e Emergência cuja competência cabe ao SAMU;

4- Prática de atividades culturais, educacionais, esportivas recreativas ou turísticas, ou quando estas objetivarem lucro ou mesmo realizarem cobrança de qualquer espécie;

5- Transporte para clínicas particulares (Saúde Suplementar), em conformidade com a Resolução CIT nº 13, de 23/02/2017. Hospitais particulares, salvo em caso de ordem judicial obrigatória e específica e ou se ele foi contratado / encaminhado pelo Município;

6- Em caso de negativa de fornecimento de transporte oriundo de convênio médico do paciente, o fornecimento do serviço de transporte somente será realizado para HEMODIÁLISE, RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIAS, e a vaga será disponibilizada desde que haja vaga sobressalente em relação ao SUS; mediante a apresentação documento por escrito do setor de convênio que relate a indisponibilidade de atendimento com transporte;

7- Tratamento estético;

8- Visitas aos presídios;

9- Solicitações que não incidam diretamente no tratamento de saúde do paciente e que não tenham amparo legal nas legislações correlatas e neste protocolo de transporte sanitário do Município de Caraguatatuba.

## **VI - REQUISITOS PARA CONCESSÃO DE TRANSPORTE SANITARIO ELETIVO - SERVIÇO DE REABILITAÇÃO SUS**

O Serviço Especializado de Reabilitação visa facilitar a recuperação da Perda da Funcionalidade. O papel da equipe, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, fonoaudiólogos, aconselhamento psicológico e serviço social é atuar em conjunto, tendo em vista as necessidades do paciente e junto à família deste a fim de que haja apoio e colaboração no processo terapêutico.

A concessão de transporte para tratamento fisioterápico/Terapias tem como embasamento o princípio da equidade trazido pelo SUS. A equidade se evidencia no

atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidado.

As Políticas de promoção a equidade em Saúde são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde no âmbito do SUS, pensados para promover o respeito a diversidade e garantir o atendimento integral a população em situação de vulnerabilidade social.

Dentro deste contexto: As pessoas com deficiência permanente e deficiência temporária, que atenderem aos critérios da Lei Municipal nº 2.651, de 23 de maio de 2023, que dispõe sobre o acesso gratuito da pessoa com deficiência ao transporte público no município, serão orientadas ao pleito da credencial, encaminhando o paciente à Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência para cadastro e análise quanto a sua concessão.

O transporte sanitário eletivo atenderá a pessoa com deficiência no processo terapêutico a partir de sua vinculação ao serviço de reabilitação e sua concessão ficará a critério dos profissionais de atendimento, fisioterapeutas e terapeutas de acordo com necessidades de cada caso, bem como, seu desligamento.

Idosos com 60 (sessenta) anos até 64 (sessenta e quatro) anos, onze meses e vinte e nove dias, que apresentem mobilidade reduzida, bem como se encontrem com quadro clínico que enseje impedimento ao uso do transporte público, deverão ser assistidos com transporte sanitário eletivo conforme o caso. Idosos com 80 (oitenta) e mais anos terão prioridade no agendamento de transporte sanitário eletivo para consultas e tratamentos que forem necessários com indicação desta necessidade.

Os princípios do SUS são Universalidade, Equidade e a Integralidade nos serviços e ações de saúde. Enquanto a IGUALDADE busca tratar todos da mesma forma, a EQUIDADE trata as pessoas de formas diferentes, levando em consideração o que elas precisam.

O serviço de reabilitação deverá contar com veículos tipo lotação conforme especificação, disponível no SIGEM, bem como, devem obedecer às normas para transporte dos usuários com NECESSIDADES ESPECIAIS.

**Local: Avenida Maranhão, nº 421 – Jardim Primavera.** Unidade de Reabilitação está localizada dentro do Prédio do Centro de Especialidades Médicas e Odontologias – CEM/CEO. Horário: A partir das 7h00min. Excetuando feriados e pontos facultativos.

## **6.1. CRITÉRIOS PARA CONCESSÃO DO SERVIÇO**

Os pedidos no setor de reabilitação que ensejarem uso de transporte sanitário eletivo deverão respeitar o que segue:



- I- Agendamento com profissional Terapeuta ou Fisioterapeuta que avaliará a necessidade de transporte, com ou sem acompanhante;
- II- Deverá preencher Formulário de Cadastro com dados solicitados, acrescentando periodicidade e a duração das sessões de tratamento;
- III- Formulário preenchido deverá ser entregue à Recepção da Reabilitação junto com pedido médico e/ou do terapeuta para que seja finalizado com a apresentação dos documentos originais do paciente para completar o Formulário de solicitação de TSE;
- IV- Em caso de ausência de informações documentais para completar o respectivo cadastro, deverá o responsável pelo usuário a pedido do setor comparecer no máximo de 02 (dois) dias úteis seguintes com documentos faltantes para completar formulário de SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO- TSE (Anexo I);
- V- Orientar paciente e acompanhante tomar ciência do TERMO DE COMPROMISSO DE USO DO TRANSPORTE SANITÁRIO, (Anexo II) solicitando sua assinatura em 02 (duas) vias, sendo Uma do paciente e outra remetida ao Setor de Transporte da Saúde;
- VI- O Setor de Reabilitação deverá encaminhar por e-mail, ao SERVIÇO DE AGENDAMENTO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO- TSE, da Secretaria Municipal de Saúde as seguintes informações:
  - 1- Lista de pacientes que utilizarão o serviço de reabilitação e sua condição Mobilidade Nula ou Temporária assim auxiliando tipo de transporte VAN./ Micro-ônibus e/ou Van adaptada em cada caso;
  - 2- Formulário de solicitação de TSE completo, pedido médico e/ou do terapeuta solicitante;
  - 3- Termo de Compromisso de Uso do Transporte, assinado pelo Paciente e/ou em seu impedimento seu representante legal;
  - 4- Encaminhar cópia do Formulário de solicitação TSE preenchido à Unidade Básica – UBS, referenciada para recebimento , via e-mail.

As solicitações de Transporte Sanitário Eletivo de caráter Regular, e continuado, serão feitas através da Unidade solicitante ao Setor de Transporte da Saúde, uma única vez, e só finalizará em caso de descumprimento as normas deste protocolo, por violação dos responsáveis ou usuário ou através da apresentação de relatório com alta médica e/ou do terapeuta de atendimento.

*P.*

O uso do transporte sanitário eletivo no tratamento fisioterápico e coadjuvante, (apoio ou contribuição para realização da meta = retorno a mobilidade dentro das condições e possibilidades de cada indivíduo) no processo terapêutico, ou seja, após alta do serviço com conduta para prosseguimento em outro nível de atendimento em outros equipamentos públicos, caberá aos referidos locais avaliação quanto a necessidade de oferta de transporte.

## 6.2 DOCUMENTOS:

O paciente no ato da solicitação de Transporte Sanitário Eletivo- TSE e/ou seu representante legal devem estar portando os seguintes documentos originais:

a) Documentos originais do Paciente:

- Cédula de Identidade RG,
- Cartão de Pessoa Física - C.P.F,
- Cartão do SUS; atualizado;
- Comprovante de residência recente;
- Informar telefone para Contato do paciente, do acompanhante caso necessite e/ou representante legal em caso de criança / adolescente e/ou idoso.

## VII – SERVIÇO DE ONCOLOGIA E NEFROLOGIA

O Serviço de Oncologia da Secretaria Municipal de Saúde está instalado no Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas – CEM/CEO, NO **Endereço: Av. Maranhão, 421 – Jardim Primavera.**

O setor é responsável pelo cadastramento dos pacientes oncológicos que necessitem de Transporte Sanitário Eletivo, para consultas, exames e procedimentos necessários ao tratamento dentro e fora do município.

### 7.1 Documentos necessários:

- a) Documentos originais do paciente: Cédula de Identidade RG, Cartão de Pessoa Física CPF, Cartão SUS atualizado, Comprovante de Endereço atualizado recente.
- b) Telefone de contato com paciente, acompanhante e ou representante legal conforme o caso.

### 7.2 Procedimento de solicitação de TSE:

1- Os pedidos de Transporte Sanitário Eletivo devem ser exarados pelo médico e/ou terapeuta de atendimento, informando a necessidade de acompanhante;

2- Deverá ser preenchido o Formulário de Solicitação de TSE, anexo I deste protocolo, conforme apresentação dos documentos do paciente já elencados, juntando o pedido médico e/ou terapeuta, e/ou exame ou procedimento a ser realizado;

3- O paciente deverá ter ciência do TERMO DE COMPROMISSO DE USO DO TRANSPORTE, e assinar em 02 (duas) vias, (Anexo II), sendo uma via encaminhada ao Setor de Transporte da Saúde e outra fica em poder do paciente;

4- O Serviço Social prestará as informações necessárias ao paciente e deverá encaminhar por e-mail, ao Setor de Transporte da Saúde o formulário de solicitação de TSE preenchido, pedido médico/ou de exame ou de procedimento a ser realizado; acompanhando e subsidiando o setor de transporte em caso de intercorrência.

5- Atentar para informação acerca da periodicidade de atendimento contida no formulário de solicitação de TSE, identificar transporte Eventual e/ou Transporte Regular contínuo.

6- O serviço de atendimento deverá:

1- Encaminhar cópia do Formulário de solicitação TSE preenchido à Unidade Básica -UBS referenciada para recebimento, via e-mail;

2- Comunicar ao Setor de Transporte da Saúde, qualquer intercorrência que comprometa a prestação de serviço, sem isentar o paciente/responsável legal de sua responsabilidade de cientificar o Setor de Transporte da Saúde em seu impedimento a fim de manter seu cadastro Ativo.

As solicitações de Transporte Sanitário Eletivo de caráter Regular, e continuado, serão feitas através da Unidade solicitante ao Setor de Transporte da Saúde, uma única vez, e só finalizará em caso de descumprimento as normas deste protocolo, por violação dos responsáveis ou usuário ou através da apresentação de relatório com alta médica e/ou do terapeuta de atendimento.

### 7.3 Serviços de nefrologia

O Serviço de Nefrologia em Caraguatatuba é realizado por unidade em pactuada com a Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Caraguatatuba via Secretaria Municipal de Saúde.

Local: Av. dos Ipês, 475 – Cidade Jardim

O Serviço compreende atendimento aos pacientes que necessitam **de hemodiálise**.

Todos os prestadores de Serviços que compõe a Rede SUS,terceirizados ou parceiros deverão se adaptar a esse protocolo de Transporte Sanitário Eletivo – TSE, pelo princípio da Unidade e Organização dos Serviços em âmbito local.

### 7.4 Procedimentos

1- Os pedidos de Transporte Sanitário Eletivo devem ser exarados pelo médico e/ou terapeuta de atendimento, informando a necessidade de acompanhante;

2- Os responsáveis pelos pacientes deverão ser orientados a procurar a Unidade Básica de Saúde UBS de Referência para o pré-cadastro, local aonde deverá ser feito agendamento e preenchido o Formulário de Solicitação de TSE, (anexo I) deste protocolo, conforme apresentação dos documentos do paciente já elencados, e de seu responsável legal, juntando o pedido médico e/ou terapeuta, e/ou exame ou procedimento a ser realizado;

3- Atentar para informação acerca da periodicidade de atendimento contida no formulário de solicitação de TSE, identificar transporte Eventual e/ou Transporte Regular contínuo;

4- O paciente e em seu impedimento o seu representante legal, deverá ter ciência do TERMO DE COMPROMISSO DE USO DO TRANSPORTE, (anexo II) e assinar em 02 (duas) vias, sendo uma via encaminhada ao Setor de Transporte da Saúde, pela UBS que agendou T.S.E., sendo a outra via entregue ao paciente;

5 - O prestador de serviço deverá comunicar ao Setor de Transporte da Saúde, qualquer intercorrência que comprometa a prestação de serviço, sem isentar o paciente/responsável legal de sua responsabilidade de cientificar o Setor de Transporte da Saúde em seu impedimento a fim de manter seu cadastro Ativo.

As solicitações de Transporte Sanitário Eletivo de caráter Regular, e continuado, serão feitas através da Unidade Básica de Saúde de Referência do paciente, encaminhando os documentos ao Setor de Transporte da Saúde, uma única vez, e só finalizará em caso de descumprimento as normas deste protocolo, por violação dos responsáveis ou usuário ou através da apresentação de relatório com alta médica e/ou do terapeuta de atendimento.

## VIII - FLUXO GERAL DE ATENDIMENTO E ALTA HOSPITALAR

Tendo em vista os parâmetros definidos nesta instrução normativa, segue a descrição sumária de cada um dos processos de atendimento do serviço no sentido de facilitar a assimilação de todo o fluxo de atendimento, facilitando o acesso ao serviço.

### 8.1 Cadastro

Para cadastro prévio, o paciente ou seu responsável legal, em caso de impedimento deste, deverá se dirigir A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFÊRENCIA-UBS , portando os seguintes documentos:

- I- Solicitação do profissional de saúde do serviço TRANSPORTE - TSE ;
- II- Cédula de Identidade RG do paciente;
- III- CPF do paciente;
- IV- Cartão SUS do paciente atualizado;
- V- Comprovante de endereço de residência atualizado, do mês corrente;



VI- Em caso de responsável legal (é o indivíduo dotado do poder de representar uma pessoa que seja menor de idade ou incapaz), informar no ato do cadastro: Nome, RG, CPF e telefone de seu representante legal (se o paciente for menor de idade criança/adolescente, pessoa com deficiência e Idoso curatelado) devem ser apresentados no ato do cadastro do paciente junto aquele serviço de transporte.

## 8.2 Efetivações do Cadastro

Caso a condição do paciente se enquadre nos requisitos conforme elencados nesta Instrução Normativa, seu pré-cadastro será efetivado, através do preenchimento do FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO – TSE,( Anexo I) o que garante o direito ao atendimento. Deve ser cientificado sobre as condições de prestação de serviço, bem como, firmar TERMO DE COMPROMISSO DE USO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO, em 02 (duas) vias, sendo 01 via do paciente e outra deverá ser encaminhada ao Setor de Transporte da Saúde.

Em caso de impossibilidade do usuário em firmar o referido Termo, DEVERÁ SER FIRMADO PELO SEU REPRESENTANTE LEGAL (INDICADO NO FORMULÁRIO DE CADASTRO).

## 8.3 Início do Atendimento:

Os agendamentos poderão ser feitos para Transporte Regular ou Eventual, conforme procedimentos descritos a seguir:

I- **TRANSPORTE EVENTUAL**, ou seja, para consultas, exames ou procedimentos ocasionais. Agendados pelas Unidades Básicas de Saúde Referenciadas. (Lista de UBS Anexo III);

II- **TRANSPORTE REGULAR**, ou seja, para terapia/tratamento por tempo prolongado (determinado ou indeterminado), o pedido de vaga para transporte TSE deverá ser feito pessoalmente ou por responsável, junto as Unidades Básicas de Saúde; Centro de Reabilitação CEM/CEO; Setor de Oncologia, Unidade de Atendimento em Nefrologia da Rede de Saúde;

Paciente e/ou responsável, legal deverá no ato da solicitação de transporte TSE estar portando, documentos pessoais originais, RG, CPF, Cartão SUS atualizado; comprovante de endereço recente e pedido médico/ pedido do terapeuta/pedido de exames ou procedimentos que deverão realizar).

Todos os pedidos de vaga serão analisados conforme os seguintes critérios:

- a) Equidade;
- b) Ordem cronológica dos pedidos;
- c) Pedidos dentro do Prazo de 05 (cinco) dias de antecedência do procedimento/consulta/exame anteriormente agendado;

- d) Dentro das possibilidades de atendimento do serviço solicitado;
- e) O transporte oferecido será o de uso coletivo (Vans, Micro ônibus, Nas adaptadas), precipuamente;

Todas as solicitações de Transporte Sanitário Eletivo - TSE, excetuando os casos de Reabilitação (**Fisioterapia e Terapias com Equipe Multi e de Oncologia**), serão atendidos no pré-cadastro JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – UBS DE REFERÊNCIA, que agendarão a **demanda DENTRO DO MUNICÍPIO** (e encaminharão as demandas de transporte FORA DO MUNICÍPIO ao setor competente acompanhada dos documentos (anexo I e Anexo II preenchidos e assinados).

**Demanda de Transporte Sanitário Eletivo – FORA DO MUNICÍPIO**, após pré-cadastro na UBS de referência, paciente/acompanhante e/ou representante legal deverão trazer portar **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TSE** preenchido e **TERMO DE COMPROMISSO DE USO DO TRANSPORTE TSE** em 02(duas) vias( cientificado e firmado), juntado ao pedido médico, do terapeuta ou do exame/procedimento que deverão realizar e dos documentos pessoais, item III acima, para agendamento:

**Local: Avenida Maranhão, 421 – Jardim Primavera – dentro do CEM/CEO, de segunda a sexta-feira, exceto feriados e pontos facultativos, das 8h00 min às 13h00 min.**

#### **8.4 Confirmação de viagem.**

A confirmação da data e horário de partida da viagem deverá ser realizada pelo **PACIENTE / FAMILIAR E/OU RESPONSÁVEL LEGAL, JUNTO AO SETOR DE TRANSPORTE DA SAÚDE, UM DIA ÚTIL ANTES DA VIAGEM**, das **11h00min** até as **14h00 min**, **através do telefone: 12-3883-7007 e whatsApp**, caso isso NÃO OCORRA o agendamento será desconsiderado.

#### **8.5 Horários de Funcionamento.**

O SETOR DE AGENDAMENTO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO, para **fora do Município** localizado à Avenida Maranhão, nº 421 – Jardim Primavera atende para informações, agendamento de SEGUNDA A SEXTA FEIRA (EXCETO FERIADOS E PONTOS FACULTATIVOS) das 8h00 min às 13h00min.

Em caso de dúvida poderá ser feito contato via telefone 12-3886-1240, 3897-9770, 3897-9771, 3897-9773 e 3897-9775.

#### **8.6 Alterações de Agendamento e Encaixes**

O paciente ou responsável deverá solicitar pessoalmente a alteração do agendamento de uma viagem junto UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE com antecedência mínima de **1(um) dia útil da data agendada, até as 13h00 min.**

Havendo vaga disponível a alteração será realizada, caso a alteração seja indeferida por falta de vaga, o paciente ou responsável optará por manter a data anterior ou o seu cancelamento.

Para realização de encaixes dentro da programação anteriormente já estabelecida pelo setor de transporte do município, deverá ser considerada a data de emissão do pedido de transporte, **não podendo ser superior a 05 dias úteis.**

O paciente e/ ou seu representante legal é **RESPONSÁVEL**, para agendar a consulta dentro ou fora do município que necessite de transporte sanitário eletivo, devendo após esse agendamento comparecer a **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** dentro do prazo de **05 dias úteis para agendar seu transporte.**

NÃO DEIXAR PARA ÚLTIMA HORA SOB PENA DE NÃO HAVER DISPONIBILIDADE DE ALTERAÇÃO DE ROTA E DE NÃO HAVER LUGAR PARA ACOMODAR ACOMPANHANTE.

Solicitações encaminhadas a outros setores não serão acatadas.

### **8.7 Cancelamento de Viagem.**

O paciente ou responsável obrigatoriamente, deverá solicitar via telefone, ou pessoalmente, o cancelamento da viagem junto ao SETOR DE AGENDAMENTO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO, mediante **qualquer intercorrência que impossibilite a viagem do paciente no dia agendado.**

**Setor de Transporte da Saúde – Telefone: 12-3883-7007 das 11h00min às 14h00min.**

Uma vez cancelado não haverá possibilidade de reversão.

Cancelamento realizados no dia do agendamento, sem justificativa plausível, serão considerados absentismo e na ocorrência de 3 (três) faltas haverá bloqueio do cadastro do paciente por 3 (três) meses a contar da data do último agendamento.

### **8.8 Atendimento aos usuários menores de 10 (dez) anos.**

Segundo a Deliberação nº 100, de 02 de setembro de 2010 que altera a Resolução nº 277, de 28 de maio de 2008, que dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para transporte de crianças em veículos, caso seja necessário o uso de cadeirinha, os responsáveis deverão se apresentar com a mesma.

### **8.9 ALTA HOSPITALAR**

O Serviço de transporte Sanitário Eletivo TSE deverá ser solicitado pela Unidade Hospitalar **mediante Alta Médica do Paciente**, preenchendo o formulário T.S.E DE ALTA HOSPITALAR (Anexo IV) com dados do paciente e demais informações ali

contidas, remetendo o documento por e-mail para [transporte.saude@caraguatatuba.sp.gov.br](mailto:transporte.saude@caraguatatuba.sp.gov.br).

Após o envio do e-mail a Unidade Hospitalar deverá confirmar o recebimento do documento junto ao Setor de Transporte da Saúde através dos telefone(s): 3897-9770/9771/9773/9775.

1- Pacientes Acamados: Os pacientes acamados que não contarem com acompanhante no ato do traslado NÃO SERÃO Transportados.

2- Pacientes NÃO ACAMADOS: Somente serão atendidos os pacientes que apresentarem MOBILIDADE NULA OU REDUZIDA e em caso de paciente cadeirante exige-se acompanhante para realização do traslado.

As solicitações de transporte para Alta Hospitalar devem se ater ao quadro clínico do paciente e desta necessidade dentro dos parâmetros de MOBILIDADE NULA OU REDUZIDA, excetuando solicitações de transporte por questões socioeconômicas de caráter social.

O transporte de pacientes com alta hospitalar serão realizados de SEGUNDA A SÁBADO das 8h00min às 18h00 min e aos DOMINGOS até as 16h00min.

## **IX - DIRETRIZES DO TRANSPORTE FORA DO MUNICIPIO**

O Município da Estância Balneária de Caraguatatuba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, estabelece diretrizes para a utilização do serviço de transporte sanitário eletivo, o qual tem finalidade precípua atender a pacientes eletivos do Sistema Único de Saúde – SUS, que necessitem de serviço de transporte municipal para acesso a rede de serviços SUS e ou pactuados deste, para realizar seu tratamento, mediante agendamento prévio tais como:

- a) Consultas, para avaliação médica;
- b) Exames Clínicos;
- c) Internação Cirúrgica;
- d) Internação Clínica;
- e) Quimioterapia/Radioterapia;
- f) Pacientes cadastrados no Serviço de Hemodiálise;
- g) Agendados pelas Unidades de Saúde;
- h) Agendamentos solicitados pelos Hospitais da Rede.

## **X - CRITÉRIOS DE CONCESSÃO**

### **10.1 Regras:**

Observar as regras contidas no presente protocolo;



- 1- Pré-cadastro junto às Unidades Básicas de Saúde; (na Unidade Oncologia e Reabilitação). Portar documentos originais de identificação: Cédula de Identidade RG, C.P.F., Cartão SUS, atualizado;
- 2- Comprovante de endereço atualizado e pedido médico, do terapeuta, de exames e ou procedimentos que deverá se submeter.
- 3 - Solicitação avaliada deverá ser **PREENCHIDO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE – TSE, (ANEXO I)** bem como, paciente e ou seu responsável legal ser cientificado do conteúdo do **TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE TSE, (ANEXO II)** em 02 ( duas ) vias; sendo assinado as duas vias, sendo 01 ficará em poder do paciente, responsável e/ou representante legal;
- 4 - Caso haja necessidade de acompanhante, deverá ser pessoa maior de 18 (dezoito) anos e gozar de boa saúde física e mental a fim de auxiliar o paciente em seus deslocamentos ao utilizar o serviço, bem como no local determinado onde será atendido.
- 5- Paciente e/ou responsável legal deverá **comparecer ao Setor de Agendamento de Transporte Sanitário eletivo PARA TRANSPORTE FORA DO MUNICÍPIO, trazendo documentos necessários.**

**10.2 Local de Cadastro para Transporte Fora do Município:** Avenida Maranhão, 421 – Jardim Primavera - Telefone: 12- 3886-1240.

- Horário de funcionamento: das 8h00 às 13h00min, exceto feriados e pontos facultativos, para proceder ao seu agendamento.

- As solicitações de agendamento para um determinado dia podem ser realizadas com a apresentação dos **documentos requeridos com antecedência de 05 (cinco) dias úteis;**

### **10.3 Observar:**

Quando o paciente for criança, adolescente menor de 18 anos, idoso, ou pessoa com deficiência, com dificuldade de locomoção e discernimento a presença do acompanhante é obrigatória;

Os pacientes que possuem condição de viajar sozinho só serão permitidos o acompanhante mediante recomendação médica e/ou por solicitação expressa.

## **XI - EXCLUSÕES EM QUE O TRANSPORTE NÃO SERÁ CONCEDIDO**

- 1- Duas solicitações de agendamento no mesmo dia em locais diferentes; excetuando-se as intercorrência que por ventura ocorrerem para realização de procedimentos (p.ex. interconsultas, exames, radioterapia, quimioterapia e outros) solicitada pela unidade aonde paciente já se encontra com a finalidade de elucidar

seu quadro clínico ou como parte da atenção a sua saúde, agendado por aquela unidade e comunicado ao setor de transportes deste Município;

- 2- Perícias médicas, INSS, IMESC, (teste de paternidade, Visitas Hospitalar) e outros fins;
- 3- O Transporte de Urgência e Emergência cuja competência cabe ao SAMU;
- 4- Prática de atividades culturais, educacionais, esportivas recreativas ou turísticas, ou quando estas objetivarem lucro ou mesmo realizarem cobrança de qualquer espécie;
- 5- Transporte para clínicas particulares (Saúde Suplementar), em conformidade com a Resolução CIT nº 13, de 23/02/2017. Hospitais particulares, salvo em caso de ordem judicial obrigatória e específica e ou se ele foi contratado / encaminhado pelo Município;
- 6- Em caso de negativa de fornecimento de transporte oriundo de convênio médico do paciente, o fornecimento do serviço de transporte somente será realizado para HEMODIÁLISE, RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIAS, e a vaga será disponibilizada desde que haja vaga sobressalente em relação ao SUS mediante a apresentação documento por escrito do setor de convênio que relate a indisponibilidade de atendimento com transporte;
- 7- Tratamento estético;
- 8- Visitas aos presídios;
- 9- Solicitações que não incidam diretamente no tratamento de saúde do paciente e que não tenham amparo legal nas legislações correlatas e neste protocolo de transporte sanitário do Município de Caraguatatuba não serão atendidas.

## **XII - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO.**

### **12.1 Da equipe**

São atribuições da equipe durante o desempenho das suas funções:

- I. Conhecer, cumprir e fazer cumprir as regras desta Instrução Normativa;
- II. Prestar atendimento com educação, cortesia e imparcialidade, evitando discussões, devendo orientar os usuários para que **dirijam suas reclamações, críticas ou sugestões por escrito, preferencialmente junto ao Setor de Ouvidoria da Saúde. Av. Maranhão, 421 – Jardim Primavera, dentro do CEM/CEO, das 8h00min às 16h00min.**

III. Nortear suas condutas conforme orientações contidas nesta Instrução Normativa e levar ao conhecimento da chefia imediata qualquer dúvida com relação ao processo de trabalho visando à eficiência do serviço prestado.

### **12.2 É vedado à equipe:**

- I. Agredir física ou verbalmente qualquer usuário;
- II. Comercializar, oferecer, transportar ou distribuir qualquer tipo de produto (inclusive propaganda) aos pacientes ou acompanhantes ou quaisquer pessoas durante o horário de trabalho.

### **12.3. - Do Motorista**

#### São atribuições do Motorista do Transporte Sanitário Eletivo:

- I. Conduzir o veículo com segurança e eficiência respeitando todas as Leis e Regras de trânsito, evitando o tráfego em locais de difícil acesso ou suscetíveis à enchente ou qualquer outra ocorrência que prejudique a segurança dos usuários e veículo;
- II. Seguir rigorosamente o Roteiro de Viagem, observando os horários de embarque e desembarque de cada paciente, devendo comunicar imediatamente ao responsável pelo Controle Operacional qualquer ocorrência que possa dificultar e/ou impedir o seu cumprimento;

### **12.4 - É vedado aos Motoristas:**

- I. Permitir que algum passageiro seja transportado sem o cinto de segurança; e sem o uso da cadeirinha para criança quando a idade exigir;
- II. Transportar acompanhante que não esteja apontado na ficha do paciente;
- III. Transportar paciente com mais de 1 (um) responsável/ acompanhante;
- IV. Transportar qualquer volume que não tenha correlação com o tratamento do paciente e que os usuários queiram levar, mas não podem carregar por conta própria durante a viagem, cujo tamanho ou peso exceda o limite razoável para “bagagem de mão”.
- V. Receber documentos do paciente a fim de intermediar seu envio ao Transporte Sanitário Eletivo, caso isso ocorra, o mesmo deverá orientá-lo a procurar o setor competente para aquele assunto;
- VI. Fazer qualquer tipo de transporte, tanto de passageiros como de volumes que não conste na Ordem de Serviço e/ou Roteiro de Viagem.

### **XIII - DEVERES DOS USUÁRIOS DURANTE O USO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO.**



- I. Conhecer e cumprir as regras desta Instrução Normativa;
- II. Quando se tratar de paciente de maca, disponibilizar pessoas em sua residência aptas a transportá-lo até a maca da ambulância e vice-versa.
- III. Manter bom relacionamento com a equipe do Transporte Sanitário Eletivo;
- IV. Durante a viagem:
  - a) Usar sempre o cinto de segurança, mantendo-o afivelado;
  - b) Falar com o motorista somente o indispensável;
  - c) Portar-se de maneira adequada, sendo vedado: fumar ou ingerir bebida alcoólica, sujar o interior do veículo principalmente com restos de alimentos e comercializar produtos dentro do veículo.

#### **XIV - OBSERVAÇÕES SOBRE O TRANSLADO**

**O TRANSPORTE FORA DO DOMICÍLIO**, autorizado procederá com o translado desde a residência do paciente somente àqueles que estiverem acamados, e/ou cadeirantes.

Os pacientes que deambulam com ou sem qualquer outro equipamento como muletas ou andadores, acessarão o translado no ponto de partida estipulado pelo setor de cadastro e agendamento de transporte, sendo:

**14.1 – LOCAL: Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas Madre Tereza de Calcutá.** Endereço: Avenida Maranhão, 421 – Jardim Primavera. Horário: a partir das 7h00min da manhã.

#### **XV – DISPOSIÇÕES GERAIS**

**15.1** As diretrizes contidas neste PROTOCOLO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO DO MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA deverão ser cumpridas pelas Unidades Prestadoras de Serviço SUS e Serviços Pactuados pelo SUS dentro e fora do Município;

**15.2** Os anexos I, II, III, bem como, o referido Protocolo na íntegra devem estar na página oficial da Prefeitura na Internet para download visando divulgação desta normativa e que providenciem medidas cabíveis para seu cumprimento, orientando pacientes e responsáveis legais de seus trâmites e das corresponsabilidades de todos partícipes na prestação deste serviço.

**15.3** Situações que ocorram que possam comprometer o cumprimento da Ordem do Serviço e/ou Roteiro de Viagem previamente elaborado, devem ser comunicadas ao Setor de Transporte da Saúde em tempo hábil a fim de que seja verificada a possibilidade de atendimento, sem comprometimento dos parâmetros deste protocolo, sendo a situação vista como caráter excepcional. A situação deve figurar registrada junto ao cadastro do paciente, como nome de quem solicitou e justificativa para pedido formulado e se o mesmo pode ser atendido.

**15.4** Deve ser feito registro junto ao cadastro do paciente das intercorrências, que não permitiram a realização da prestação de serviço, a fim de que possam ser tomadas medidas cabíveis sempre visando à melhoria de comunicação entre quem usa o serviço e os colaboradores e a estrutura oferecida pela Municipalidade.

**15.5** Outras situações distintas das contidas nesta normativa deverão ser apontadas e analisadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Caraguatatuba.

**XVI – ANEXOS:**

- ANEXOS I – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

- ANEXO II- TERMO DE COMPROMISSO DE USO DO TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

- ANEXO III - RELAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

- ANEXO IV – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE – ALTA HOSPITAL

- ANEXO V – FLUXO BASE DE SOLICITAÇÃO TSE

Elaboração, Organização e Pesquisa .  
Rita de Cassia M Canuto  
Assistente Social CRESS 23.744 9ª Região /SP  
Secretaria Municipal de Saúde/CEM CEO/REABILITAÇÃO



**ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO**  
**ELETIVO – TSE MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA**

1- Data da Solicitação \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

1.1 Unidade

Solicitante \_\_\_\_\_.

1.2.

Solicitante(prescritor) \_\_\_\_\_

—

**1.3.Motivo da Solicitação / Modalidade**

Assinalar : ( ) TSE DENTRO DO MUNICÍPIO ( ) TSE FORA DO  
**MUNICÍPIO**

( ) 1ª Consulta : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

horário: \_\_\_\_\_

( ) Retorno : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

horário: \_\_\_\_\_

( ) Especialidade \_\_\_\_\_

( ) Exames ( especificar): \_\_\_\_\_

( ) Quimioterapia ( ) sessões ( ) Radioterapia ( )  
sessões

( ) Reabilitação ( ) sessões ( Previsão) ( ) Fisioterapia ( )  
sessões (Previsão)

( ) Outro( mencionar): \_\_\_\_\_

**1.4- DADOS DO PACIENTE:**

Nome \_\_\_\_\_

UBS de

Referência: \_\_\_\_\_

D.N. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Idade: \_\_\_\_ . Peso ( aproximado) \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_ . Cartão SUS nº \_\_\_\_\_ Atualizado ( ) S ( ) N

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de

Referência: \_\_\_\_\_

—



Telefone: \_\_\_\_\_ Cel.com WhatsApp  
nº \_\_\_\_\_

Já usou Serviço Transporte do Município: ( ) NÃO ( )  
SIM \_\_\_\_\_

1.5- **MORADIA:** ( ) Apto ( ) Casa ( ) outro,  
especificar: \_\_\_\_\_

Acesso: ( ) Rampa ( ) Escada ( ) Piso Plano ( ) Elevador

Observação: \_\_\_\_\_

1.6 – **CONDIÇÃO FÍSICA:** ( ) DEAMBULA ( ) NÃO DEAMBULA ( )  
ACAMADO

( ) CADEIRANTE ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) USO DE OXIGÊNIO  
CONTÍNUO

( ) OUTRA CONDIÇÃO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

1.7- **ACOMPANHANTE:** ( ) NÃO ( ) SIM

NOME: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

1.8 – **CUIDADO ESPECIAL** ( ) NÃO ( ) SIM.

QUAL: \_\_\_\_\_

1.9 – TIPO DE VEÍCULO

INDICADO: \_\_\_\_\_

1.10 – MODALIDADE: ( ) EVENTUAL ( ) REGULAR (utilização  
continuada)

Obs.: O transporte Sanitário Eletivo deve ser realizado em veículos de uso COLETIVO, assim reza a legislação referente ao assunto. Qualquer outra indicação diferente da regra deverá ser comprovada e documentada, anexada a esta solicitação, que condicionada estará da possibilidade de atendimento desta primeira solicitação, não se garantindo a sua continuidade que deverá atender a regra de veículo de transporte de uso COLETIVO.

Nome e matrícula do Responsável pelo Preenchimento

\_\_\_\_\_

\*\*\*Envio ao Setor de Transporte da Saúde (Formulário TSE , pedido médico e 1 via do Termo de Compromisso de Uso do Transporte Eletivo –TSE . Data de :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**ANEXO II - TERMO DE COMPROMISSO DO USO DE TRANSPORTE SANITÁRIO  
ELETIVO -TSE.**

MODALIDADE – assinalar : (      ) TRANSPORTE DENTRO (      ) FORA DO  
MUNICÍPIO

Visando a efetividade do Transporte Sanitário Eletivo do Município de Caraguatatuba,

Declaro estar ciente e cumprir as seguintes orientações:

1. O horário para confirmação do transporte é das 11h00 as 14h00 min um dia útil antes da viagem, caso contrario meu agendamento é desconsiderado.
2. O horário para o início do transporte deverá ser cumprido, onde me comprometo a estar pronto no local combinado pelo menos cinco minutos de antecedência;
3. O motorista do Transporte Sanitário está autorizado a aguardar até cinco minutos, caso ocorra atraso maior do que o limite estabelecido, exceto durante o retorno, em ocasiões atípicas que apresentem correlação com o estado geral do paciente;
4. O motorista deixará o paciente exatamente no local onde o mesmo será atendido;
5. Em hipótese alguma será autorizada parada ou mudança de trajeto a fim de pegar remédio, resultados de exames ou outros para outros fins do qual desviem o itinerário programado;
6. No caso de não utilização do retorno devido (internamento, ir embora antecipadamente ou qualquer outro motivo), estarei comunicando pelos telefones: 12-3883-7007 – 3886-1240- 3897-9770 – 38979771 , o mais breve possível, para as devidas organizações;
7. Caso apresentar dificuldade de locomoção, um único acompanhante deverá vir junto, auxiliando para entrada/saída do veículo.
8. Tenho ciência de que este é um transporte coletivo e não individual;
9. Em caso de mudança de dia/ horário de atendimento, eu me responsabilizarei em avisar o Transporte Sanitário Eletivo a fim de ceder minha vaga com antecedência mínima de 1 (um) dia útil da data agendada;

Eu \_\_\_\_\_ usuário  
do serviço de transporte sanitário eletivo do município de Caraguatatuba, portador  
do RG: \_\_\_\_\_, declaro estar ciente das instruções contidas  
neste Protocolo de Transporte Sanitário, assim como das orientações deste Termo  
de Compromisso, para melhor prestação deste serviço pelo município.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ data:    /    /

—





Responsável Legal / Acompanhante que figura no Formulário de Solicitação de Transporte/Cadastro.

Nome: \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_, vínculo com paciente ( ) familiar ( ) vizinho ( ) genitor(a) , declaro que estou cientificado das orientações deste Termo de Compromisso, para melhor prestação deste serviço pelo município.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ASSINO DUAS VIAS DE IGUAL TEOR . Uma via seguirá para Serviço de Transporte da Saúde e outra fica em poder do paciente/responsável legal.**

Caraguatatuba , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ . Assinatura e matrícula do servidor de atendimento no setor de Agendamento de Transporte Sanitário Eletivo na data deste cadastro.

### ANEXO III - RELAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

**UBS Ademir Reis** – Rua São Roque, 415 – Perequê Mirim | Telefone: (12) 3887-2038.

**UBS José Maurício Borges** – Rua José Geraldo Fernandes da Silva Filho, 295 Perequê-Mirim | Telefone: (12) 3885-1800 / (12) 3885-1804.

**UBS Porto Novo** – Avenida José Herculano, 6.560 – Porto Novo | Telefone: (12) 3888-3001.

**UBS Poço da Anta** – Estrada da Porteira Preta, s/n (atendimento quinzenal)

**UBS Morro do Algodão** – Avenida Geraldo Lopes, 273 – Morro do Algodão | Telefone: (12) 3887-1350 / 3887-9101.

**UBS Golfinhos** – Avenida Pedro Reginaldo da Costa, 623 – Balneário dos Golfinhos | Telefone: (12) 3887-1021.

**UBS Tinga** – Rua Antonio dos Santos, 20 – Tinga | Telefone: (12) 3882-6446 / (12) 3883-3277.

**UBS Jaraguazinho** – Rua Benedito Silvério Santana, 57 – Jaraguazinho | Telefone: (12) 3883-3500.

**UBS Rio do Ouro** – Avenida Américo Timóteo do Rosário, 177 – Rio do Ouro | Telefone: (12) 3889-3022.

**UBS Sumaré** – Avenida Siqueira Campos, 503 – Sumaré | Telefone: (12) 3883-9106.

**UBS Casa Branca** – Rua José Pedro de Oliveira Barbosa, 799 – Casa Branca | Telefone: (12) 3886-9930.

**UBS Jetuba** – Rua Gabriel Fagundes da Rosa, 295 – Jetuba | Telefone: (12) 3889-3552.

**UBS Massaguaçu** – Avenida Itália Baffi Magni, 710 – Massaguaçu | Telefone (12) 3884-1999.

**UBS Tabatinga** – Avenida Manoel Pereira dos Santos, 47 – Tabatinga | Telefone (12) 3884-5700.

Fonte: Home Page da Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Caraguatatuba.

<https://www.caraguatatuba.sp.gov.br/pmc/2021/03/unidades-basicas-de-saude-ubss/>





**ANEXO IV - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO  
ELETIVO – TSE ALTA HOSPITALAR MUNICIPIO DE CARAGUATATUBA**

1- Data da Solicitação \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

1.1 UNIDADE HOSPITALAR SOLICITANTE :

\_\_\_\_\_

**1.2.Motivo da Solicitação / Modalidade**

**ALTA HOSPITALAR**

**1.3- DADOS DO PACIENTE:**

Nome

\_\_\_\_\_

ANDAR: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

UBS de

Referência: \_\_\_\_\_

D.N. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Idade: \_\_\_\_ . Peso ( aproximado) \_\_\_\_\_.

Altura: \_\_\_\_ . Cartão SUS nº \_\_\_\_\_ Atualizado (

) S ( ) N

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de

Referência: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cel.com WhatsApp

nº \_\_\_\_\_

Já usou Serviço Transporte do Município: ( ) NÃO ( )

SIM \_\_\_\_\_

1.4- MORADIA: ( ) Apto ( ) Casa ( ) outro,

especificar: \_\_\_\_\_

Acesso: ( ) Rampa ( ) Escada ( ) Piso Plano ( ) Elevador

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.5 – CONDIÇÃO FÍSICA: ( ) DEAMBULA ( ) NÃO DEAMBULA ( )  
ACAMADO

*C*

( ) CADEIRANTE ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) USO DE OXIGÊNIO  
CONTÍNUO  
( ) OUTRA CONDIÇÃO  
ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.6- ACOMPANHANTE: ( ) NÃO ( ) SIM

NOME: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.7 – CUIDADO ESPECIAL ( ) NÃO ( ) SIM.  
QUAL: \_\_\_\_\_

1.8 – TIPO DE VEÍCULO  
INDICADO: \_\_\_\_\_

1.9 – MODALIDADE: ( ) EVENTUAL ( ) REGULAR (utilização  
continuada)

**Nome do Responsável pelo Preenchimento**

Cargo \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

\*\*\*Envio ao Setor de Transporte da Saúde (Formulário TSE de Alta Hospitalar em  
data de : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.





**ANEXO V - FLUXO BASE DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO**  
(As Unidades de Reabilitação, Oncologia e Nefrologia, providenciarão o referido agendamento seguindo orientações protocolares).

