

SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS
CHUVA NA PUNTE
TEMPO DE RECONSTRUIR
2017-2020

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DE TFD - Tratamento Fora do Domicílio

SUS
Sistema Único de Saúde

01	MUNICÍPIO DE ORIGEM	02	DRS	TFD Nº
03	Nº DA IDENTIDADE	04	NOME	05
06	ENDEREÇO COMPLETO	07	CEP	08
09	TELEFONE	10	DATA DE NASCIMENTO	11
12	Nº DA IDENTIDADE	13	GRAU DE PARENTESCO	14
15	TELEFONE	16	CEP	17
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL				
18	EXAME FÍSICO			
19	CID	20	EXAME(S) COMPLEMENTAR(S) REALIZADO(S) - ANEXAR COPIAS	
21	TRATAMENTO(S) REALIZADO(S)			
22	TRATAMENTO/EXAME INDICADO			
JUSTIFICATIVA				
23	POR QUE NÃO É POSSÍVEL O TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE?			
24	HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE? POR QUÊ?			
25	QUAL O TRANSPORTE RECOMENDÁVEL? POR QUÊ?			
26	OUTRAS ANOTAÇÕES			
27	LOCAL E DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE _____ PARCER DA COMISSÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM FACE DOS RECURSOS MÉDICO ASSISTENCIAIS DO SUS EXISTENTES NESTE MUNICÍPIO			
28	LOCAL E DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO _____ UNIDADE ASSISTENCIAL: _____ MUNICÍPIO: _____ DRS: _____			