

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO - TFD

(01) NOME DO(A) PACIENTE _____	(02) TFD Nº _____
(03) ENDEREÇO COMPLETO _____	
(04) UNIDADE ASSISTENCIAL _____	
(05) MUNICÍPIO DE DESTINO _____	(06) DATA ____/____/____
(07) HORA _____	
(08) TRATAMENTO REALIZADO _____ _____ _____ _____	
(09) CID _____	(10) NOME DO(A) RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: _____ _____ _____
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL	

(11) NECESSITA DE COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO <input type="checkbox"/> NESTA UNIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NO ÓRGÃO DE ORIGEM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	(12) RETORNO: <input type="checkbox"/> SIM DATA: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO JUSTIFICAR O RETORNO: _____ _____ _____ _____
(13) _____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

