

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DE TFD - Tratamento Fora do Domicílio

01 MUNICIPIO DE ORIGEM		02 DRS		03 TFD Nº	
PACIENTE	04 NOME			05 Nº DA IDENTIDADE	
	06 ENDEREÇO COMPLETO			07 CEP	
	08 TELEFONE	09 PROFISSÃO		10 DATA DE NASCIMENTO	
ACOMPANHANTE	11 NOME		12 Nº DA IDENTIDADE		13 GRAU DE PARENTESCO
	14 ENDEREÇO COMPLETO		15 TELEFONE		16 CEP
17 HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL					
18 EXAME FÍSICO					
19 CID		20 EXAME(S) COMPLEMENTARE(S) REALIZADO(S) - ANEXAR CÓPIAS			
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					
LOCAL E DATA			ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE		

PARECER DA COMISSÃO MUNICIPAL DE SAÚDE EM FACE DOS RECURSOS MÉDICO ASSISTENCIAIS DO SUS EXISTENTES NESTE MUNICÍPIO

27 DESLOCAMENTO DO(A) PACIENTE PELO TFD

AUTORIZO NÃO AUTORIZO

LOCAL E DATA ASSINATURA E CARIMBO DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO

28 UNIDADE ASSISTENCIAL: _____

MUNICÍPIO: _____ DRS: _____