

ANEXO II – Pedido de Tratamento Fora de Domicílio Intraestadual

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE TFD INTRAESTADUAL*(papel timbrado da SMS de origem do paciente)*

() 1ª Solicitação () Renovação () Autorização de viagem

Município de Origem:

Núcleo Regional de Saúde:

Data: ____/____/____

DADOS DO PACIENTE

Nome:

CPF:

CNS:

Data de Nascimento:

Endereço:

Município:

CEP:

Telefone (s):

Nome da Mãe:

DADOS DO ACOMPANHANTE (se houver)

Nome:

CPF:

CNS:

Data de Nascimento:

Endereço:

Município:

CEP:

Telefone (s):

Nome da Mãe:

Relação com o paciente:

DADOS ADICIONAIS

PARA USO DO ÓRGÃO DE ORIGEM
(Secretaria Municipal de Saúde)

Obs.: Não preencher quando o agendamento compete à CERAC/CERA/SES

O paciente tem encaminhamento para:

Hospital/Unidade:**Município/UF:****Data do atendimento no Hospital/Unidade de destino:**

Carimbo e assinatura da Chefia no Órgão de Origem ou CERAC/CERA/SES

PARA USO DO SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE TFD

(Gerência de TFD/SES)

1. Com base na avaliação da documentação apresentada e nos recursos financeiros disponíveis:

() Autorizada a solicitação de TFD () Indeferida a solicitação de TFD

2. Passagem autorizada:

() Aérea () Terrestre

3. Informações adicionais:

Data: ____/____/____ Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador

