

## ANEXO XV – Laudo médico da Comissão Médica Autorizadora do TFD Estadual

Folha 01/02

MUNICÍPIO DE ORIGEM:		REGIONAL DE SAÚDE:	
Nº CARTÃO DO SUS:		PEDIDO Nº	DATA:
NOME PACIENTE:		NOME DA MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE:	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:	UF:
SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO		ALTURA: (CENTÍMETROS)	PESO: (GRAMAS)
ENDEREÇO:		Nº	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	COMPLEMENTO:	CEP:	UF:
E-MAIL:	TELEFONE:	TELEFONE CELULAR:	
IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	UF:	DATA DA EXPEDIÇÃO:
CPF:	CERTIDÃO DE NASCIMENTO: (ANEXAR CÓPIA)		
PACIENTE: ( ) 1º ATENDIMENTO FORA DO DOMICÍLIO ( ) EM TRATAMENTO (Anexar comprovantes)			
TFD INTRAESTADUAL JUSTIFICATIVA:			
Assinatura Solicitante			
(Gestor)			
PARECER DO TFD:	JUSTIFIQUE:		
( ) NEGADO ( ) AUTORIZADO ( ) INCONCLUSIVO			
Comissão Autorizadora / Data		Servidor/Carimbo/Matrícula	
OBS: em caso de reavaliação do processo, utilizar verso do pedido.			



## ANEXO XV – Laudo médico da Comissão Médica Autorizadora do TFD Estadual

Folha 02/02

REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO:

REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO:			
<b>SITUAÇÃO DO LAUDO</b> <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO:	DESTINO:	CÓDIGO:
	MOTIVO:		
DATA DA AUTORIZAÇÃO  / /	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO)		CRM

