

Amexo II



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE
 DIRETORIA DE REDES ASSISTENCIAIS

SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DE TFD - TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

(01) MUNICÍPIO DE ORIGEM		(02) DRS		(03) TFD N°
PACIENTE	(04) NOME			(05) IDENTIDADE
	(06) ENDEREÇO COMPLETO			(07) CEP
	(08) TELEFONE	(09) PROFISSÃO		(10) DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHANTE	(11) NOME		(12) IDENTIDADE	(13) GRAU PARENTESCO
	(14) ENDEREÇO COMPLETO		(15) TELEFONE	(16) CEP
(17) HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL				
(18) EXAME FÍSICO				
(19) CID		(21) EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) ANEXAR CÓPIAS:		
(21) TRATAMENTO(S) REALIZADO(S):				
(22) TRATAMENTO / EXAME INDICADO:				
Justificativa	Por que não é possível o tratamento/exame na localidade?			
	24 - Há necessidade de acompanhante? Por que?			
	25 - Qual o transporte recomendável? Por que?			
(28) 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				
() AUTORIZADO () NÃO AUTORIZADO				
Local e Data			Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a) Assistente	
(28) UNIDADE ASSISTENCIAL				
MUNICÍPIO			DRS	
DIA		HORA		KM / MILHAS PERCORRIDAS