



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Complexo Regulatório do Estado de Sergipe
Central de Tratamento fora de Domicílio - TFD

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RETORNO

SOLICITAÇÃO DE RETORNO

DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/___ HORÁRIO: _____

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: _____

PACIENTE: _____

—

ACOMPANHANTE: _____

ACOMPANHANTE II: _____

DOADOR: _____

DATA DA IDA: ___/___/___ DATA DA ALTA _____ HORÁRIO DA
ALTA ___/___/___

LOCAL DO TRATAMENTO: _____ QUAL TRATAMENTO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: () _____

TIPO DE DESLOCAMENTO: () AÉREO () RODOVIÁRIO

OBSERVAÇÃO:

() COM BAGAGEM () SEM BAGAGEM () CADEIRANTE () MEDIF

ASSINATURA TÉCNICO TFD