



LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO

01. IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

CNS :	NOME:		
DATA DO NASC:	SEXO:	RG:	
NOME DA MÃE :			
ENDEREÇO:			Nº
BAIRRO :	MUNICÍPIO:	CEP:	UF:
TELEFONES:			

ACOMPANHANTE

NOME:			
PARENTESCO:		RG:	
ENDEREÇO:			Nº
BAIRRO :	MUNICÍPIO:	CEP:	UF:

02. INFORMAÇÕES QUE JUSTIFIQUEM SOLICITAÇÃO PARA TFD

TIPO SANGUINEO/FATOR RH: -----	PESO:-----
<u>(OBRIGATÓRIO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO)</u>	

03. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Principais sinais e sintomas:	
Condições que justificam referência:	
Principais resultados e provas diagnóstica	

04. PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO DA TABELA SUS: _____ CID: _____

05. JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

**06. ESPECIFICAR O TRANSPORTE: () RODOVIÁRIO () AÉREO
CASO AÉREO INFORMAR CONDIÇÃO CLÍNICA QUE JUSTIFIQUE**

07. OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGUE NECESSÁRIAS

ARACAJU ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

8. PARECER DO MÉDICO REGULADOR DO TFD

ARACAJU ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR DO TFD