

ANEXO III

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

OBS.: O Laudo deve ser legível, conforme determinam a Resolução CFM 1931/2009 e a Portaria SAS/MS 1011/2014.

UNIDADE SOLICITANTE:

CNES Nº:

PACIENTE:	NOME COMPLETO			CNS	
	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () F () M	DOC. IDENTIDADE		CPF
	ENDEREÇO			Nº	
	MUNICÍPIO			CEP	TELEFONE:
	NOME DA MÃE				
1. HISTÓRICO DETALHADO DA DOENÇA (principais sinais e sintomas clínicos, anamnese, exame físico):					
2. DIAGNÓSTICO INICIAL:			3. CID-10:		
4. PESO:		5. ALTURA:		6. TIPO SANGUÍNEO:	7. FATOR RH:
8. EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (anexar cópias):					
9. TRATAMENTOS REALIZADOS:					
10. TRATAMENTO / ATENDIMENTO INDICADO FORA DO DOMICÍLIO:					
11. JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO/ESTADO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE:					
12. JUSTIFICAR EM CASO DE ENCAMINHAMENTO URGENTE DO PACIENTE:					

13. NECESSITA DE ACOMPANHANTE: () SIM () NÃO					
JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:					
ACOMPANHANTE:	NOME COMPLETO			CNS	
	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () F () M	DOC. IDENTIDADE	CPF	
	ENDEREÇO			Nº	
	MUNICÍPIO			CEP	TELEFONE:
	NOME DA MÃE				
DADOS ADICIONAIS:					
14. TIPO DE TRANSPORTE RECOMENDADO:			JUSTIFICAR SE TRANSPORTE AÉREO:		
<input type="checkbox"/>	RODOVIÁRIO CONVENCIONAL				
<input type="checkbox"/>	RODOVIÁRIO LEITO				
<input type="checkbox"/>	AÉREO				
<input type="checkbox"/>	OUTRO:				
15 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:					

LOCAL E DATA
SOLICITANTE

ASSINATURA/CARIMBO/ CRM E CNS DO MÉDICO

<p>PARA USO DO SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE TFD (Gerência de TFD/SES)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 () Rodoviária Convencional () Rodoviária Tipo Leito 3. Código do procedimento(s) autorizado(s), conforme SIGTAP: () 08.03.01.007-9 () 08.03.01.008-7 () 08.03.01.010-9 () 08.03.01.012-5 () 08.03.01.013-3 () 08.03.01.014-1 <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador /CNS</p>
---	---