**ANEXO I**

*(papel timbrado da SMS de origem do paciente)*

Ofício nº *(a ser encaminhado ao NRS, à SESAU/Campo Grande, Corumbá ou à Gerência de TFD/SES, conforme o caso, segundo o item 3.2 do Manual do TFD/MS)*

Assunto: Encaminhamento de solicitação para TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

Encaminhamos a documentação do (a) paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para avaliação da solicitação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme Laudo e demais anexos, após devidamente analisados no âmbito desta Secretaria e informamos:

( ) O tratamento requerido não é realizado em Mato Grosso do Sul, pelo SUS, por isso o paciente necessita se deslocar para outro estado.

( ) O tratamento requerido é realizado em Mato Grosso do Sul, pelo SUS, porém há fila de espera para atendimento em média de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tempo) no (s) serviço (s) de referência.

( ) O paciente iniciou o tratamento em outro estado e necessita acompanhamento e esse atendimento continua com oferta inexistente/ insuficiente em Mato Grosso do Sul, sendo necessária a continuidade do TFD.

( ) Outro motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Setor de TFD/Regulação/SMS de xxxx

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretário (a) Municipal de Saúde