**ANEXO II**

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

**FORMULÁRIO DE PEDIDO DE TFD INTERESTADUAL (PTFD)**

**( ) 1ª Solicitação ( ) Renovação ( ) Autorização de viagem**

**Município de Origem: Núcleo Regional de Saúde:**

**Data: / /**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO PACIENTE**  Nome:  CPF: CNS: Data de Nascimento:  Endereço:  Município: CEP: Telefone (s):  Nome da Mãe: | |
| **DADOS DO ACOMPANHANTE (se houver)**  Nome:  CPF: CNS: Data de Nascimento:  Endereço:  Município: CEP: Telefone (s):  Nome da Mãe:  Relação com o paciente: | |
| **DADOS ADICIONAIS** | |
| **PARA USO DO ÓRGÃO**  **DE ORIGEM**  (Secretaria Municipal de Saúde)  **Obs**.: Não preencher quando o agendamento compete à CERAC/CERA/SES | O paciente tem encaminhamento para:  **Hospital/Unidade**:  **Município/UF**:  **Data do atendimento no Hospital/Unidade de destino**:  Carimbo e assinatura da Chefia no Órgão de Origem ou CERAC/CERA/SES |
| **PARA USO DO SETOR DE AUTORIZAÇÃO DE TFD**  (Gerência de TFD/SES) | 1. Com base na avaliação da documentação apresentada e nos recursos financeiros disponíveis:   ( ) Autorizada a solicitação de TFD ( ) Indeferida a solicitação de TFD   1. Passagem autorizada:   ( ) Aérea ( ) Rodoviária Convencional ( ) Rodoviária Tipo Leito   1. Informações adicionais:   Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador |