**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 TFD1. Passagem autorizada:

( ) Aérea ( ) Rodoviária Convencional ( ) Rodoviária Tipo Leito1. Informações adicionais:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Carimbo/Assinatura do Médico Autorizador  |