



Formulário 02 CERAC-TFD/GO

Requisição de Cadastro na CERAC-TFD/GO

À Coordenação Estadual de Tratamento Fora de Domicílio de Goiás

Solicitamos cadastro no serviço de TFD interestadual de Goiás, para o usuário do SUS abaixo identificado, segundo documentação anexa.

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

Nome da Unidade:

CNES da Unidade:

Município:

Telefone Contato:  E-mail:

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo:

Data de Nascimento:  Idade:

Sexo

Feminino

Masculino

CPF:  CNS:

Endereço atual

Rua:

Setor:  CEP:

Cidade:  UF:

Contatos atuais

Telefone Fixo:

Celular:  E-mail:

Whastapp:

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome Completo:

Data de Nascimento:  Idade:

CPF:  CNS:

Contatos atuais

Telefone Fixo:

Celular:  E-mail:

Whastapp:



### DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome Completo:

CPF:  CRM:

### HISTÓRIA DA DOENÇA

Resumo:

Exame Físico:

Exames Complementares (anexar cópia dos laudos mais recentes):

Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica:  CID-10:

Especialidade:

Tratamento Indicado:  Código SIGTAP:

Justificativa das razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado de Goiás:

- Ausência do Serviço  
 Insuficiência de Vaga  
 Necessidade de Centro Especializado  
 Outros:

Necessidade de Acompanhante SIM  NÃO

Justificar:

Tipo de transporte recomendado Aéreo  Terrestre

Justificar:

Local:  Data:  Local:  Data:

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante:  Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: (igual ao documento oficial)

Atenção: Deve-se preencher todos os campos deste formulário de forma legível. Caso contrário, o mesmo poderá ser devolvido para complementação ou correção das informações solicitadas.