



# REQUERIMENTO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

NÚMERO	DATA
--------	------

## IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	SEXO
TITULAR		REGISTRO	ÓRGÃO
UNIDADE DE LOTAÇÃO / SIGLA	RAMAL	TELEFONES PARA CONTATO	

## IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME	ESPECIALIDADE
TELEFONES PARA CONTATO	HORÁRIO PARA CONTATO

## INFORMAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA SOLICITADA

TIPO <input type="checkbox"/> CLÍNICA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OUTRO _____ _____ _____ _____ _____	CIDADE PLEITEADA	CLÍNICA / HOSPITAL	
	DATA PROVÁVEL DO ATENDIMENTO	MÉDICO	CÓDIGO CRM
	REEMBOLSO DE PASSAGEM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> AERÉO <input type="checkbox"/> RODOVIÁRIO <input type="checkbox"/> UTI _____ (terrestre / aérea)	REEMBOLSO DE HOSPEDAGEM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

## DOCUMENTOS ANEXADOS

01	06
02	07
03	08
04	09
05	10

## AUTENTICAÇÃO

_____	_____
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO TITULAR

## COMPROVANTE DE ENTREGA

Recebemos Requerimento de TFD em favor do beneficiário ao qual foram anexados os seguintes documentos: \_\_\_\_\_

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

NOME DO SERVIDOR	REGISTRO
------------------	----------

_____	_____
LOCAL E DATA	ASSINATURA