SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ DIRETORIA DE GESTÃO EM SAÚDE

COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE TFD – PRIORIZAÇÃO**

Data: / / .

MEDICO RESPONSAVEL

Assinatura e Carimbo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DA ORIGEM DO SOLICITANTE** | | | | | | |
| Estabelecimento de Origem: | | | | | | |
| Município: Estado: | | | | | | |
| Funcionário: Telefone: | | | | | | |
| **DADOS DO PACIENTE** | | | | | | |
| Nome Completo: |  | | | | | |
| Nome da Mãe: |  | | | | | |
| Sexo: |  | | | | | |
| RG: |  | | CPF: |  | | |
| CNS: |  | | | | | |
| Data de Nascimento: |  | | | Naturalidade: |  | |
| Endereço: |  | | | | Nº | |
| Complemento |  | | | Bairro |  | |
| Cidade: |  | | | UF: |  | |
| CEP: | Telefone: | | |  | | |
| **EAS REFERÊNCIA** | | | | | | |
| Buscas realizadas no EAS de Referência? | | | Sim: |  | Não: |  |
| Estabelecimento: |  | | | | | |
| Médico |  | | | | CRM: |  |
| Justificativa de não atendimento: | |  | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **RECURSOS SOLICITADOS** | | | | | | |
| Especialidade |  | Exame |  | Procedimento |  | |
| Diagnóstico: |  | | | | CID: |  |
| Médico |  | | | | CRM: |  |
| **CADASTRO SISTEMA AGENDAMENTO** | | | | | | |
| **SISTEMA** | **ITEM** | | | | **DATA INCLUSÃO EM FILA** | **DATA PRIORIZAÇÃO** |
| **GSUS/CARE-PR** |  | | | |  |  |
| **E-SAUDE** |  | | | |  | **não se aplica** |
| **DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA** | | | | | SIM | NÃO: |
| **1. Comprovante de inserção em fila**, emitida através do Sistema ESAUDE, com prazo mínimo de 72 horas de espera, exceto no caso de Demanda Judicial de cumprimento menor de 05 (cinco) dias. | | | | |  |  |
| **2. Có**pia de documentos pessoais, Cartão SUS, comprovante de endereço em nome do paciente (água, luz, telefone, cartão de crédito) ou declaracao comprovação de residencia emitido pela equipe de Atenção Primaria em Saúde. | | | | |  |  |
| **3. Solicitação/formulário de Referência e Contra-referência**, devidamente preenchido pelo EAS solicitante. | | | | |  |  |
| **4. Cópia dos exames** que comprovem a suspeito diagnóstica, conforme requisitos e orientações dos Protocolos de encaminhamento. | | | | |  |  |
|  | | | | | | |
| **DADOS CLÍNICOS** | | | | | | |
| Breve histórico com tratamento/conduta, exame físico e exames realizados. Justificativa da impossibilidade de realização do tratamento: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |