



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA REGIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE
UNIDADE DE REGULAÇÃO E TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

P R E S C R I T O R I O L E T R A L E G I S L A T I V O	LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (LM)		
	Nome do Estabelecimento de Saúde:		
	Nome do Paciente:		
	Nº Identidade:	Órgão Emissor:	Data Emissão: __/__/__
	CPF Nº	Telefone 01:	Telefone 02:
	Endereço:		
	Complementação:		
	Nome da Acompanhante:		
	Nº Identidade	Órgão Emissor:	Data da Emissão: __/__/__
	CPF Nº	Telefone 01:	Telefone 02:
	Endereço:		
	Complementação:		
	*HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:		
*DIAGNÓSTICO PROVÁVEL		* CID 10:	
*TRATAMENTO REALIZADO:			
*TRATAMENTO OU EXAME INDICADO:			
*DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:			
*JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE:			

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE:

***JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:**

HOSPITAL EXECUTANTE SUGERIDO:

ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS (SE NECESSÁRIO)

***IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR SOLICITANTE:**

MÉDICO SOLICITANTE:

CARIMBO LEGIVEL/ASSINATURA

PORTARIA SAS 55/99 E NORMATIVA ESTADUAL/SES/PE 004/99

CONCEITO: O "Tratamento Fora de Domicílio", doravante conhecido pela sigla TFD, consiste em atendimento médico a ser prestado a qualquer cidadão residente no Estado de Pernambuco, **quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo** e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento.

*Em nenhuma hipótese, quer dentro ou fora do Estado de Pernambuco, será permitido TFD em unidades de saúde que não as próprias, conveniadas, credenciadas ou contratadas pelo SUS.

DE ACORDO: CERAC/TFD/SES/PE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DEFERIDO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	INDEFERIDO

***PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**