



COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL
TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO INTERESTADUAL- TFD
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE – CERAC
TELEFONE: (82)3315-6550/3315-3413

LAUDO PARA CADASTRO DE PACIENTE

TODO LAUDO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Nº DO PRONTUÁRIO TFD: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE (**PARA PROCEDIMENTOS CNRAC**)

CNES: _____ Nome do estabelecimento: _____

DADOS DO PACIENTE (Obrigatório o preenchimento)

Cartão SUS: _____

Nome completo do paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Município: _____

CEP: _____ UF: _____

Telefone(s): _____ e-mail: _____

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Telefone(s): _____

CID-10 PRINCIPAL: _____ DESCRIÇÃO: _____

TRATAMENTOS PRÉVIOS:

PROCEDIMENTO/EXAME INDICADO PARA TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO:

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (INFORMAÇÕES DA DOENÇA):

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO/EXAME NA LOCALIDADE DE ORIGEM DO PACIENTE:

JUSTIFICAR NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAR CÓPIA DO (S) LAUDO (S)/RELATÓRIO (S):

OUTRAS ANOTAÇÕES:

NO CASO DE PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS PELA CENTRAL NACIONAL DA ALTA COMPLEXIDADE - CNRAC, PREENCHER AS INFORMAÇÕES ABAIXO:

CLÍNICA SOLICITADA: () CARDIOLOGIA() NEUROLOGIA() GASTROENTEROLOGIA() ONCOLOGIA() TRAUMATO-ORTOPEDIA

NOME DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____ **PESO:** _____

**Em caso de dúvida, consultar tabela de procedimentos no Sigtap em: <http://sigtap.datasus.gov.br>*

() DE ACORDO

() CONTRÁRIO

() DE ACORDO

() CONTRÁRIO

LOCAL:

DATA: ____/____/____

CPF: ____-____-____

ASS. JUNTA MÉDICA TFD
CRM E CARIMBO

ASS. JUNTA MÉDICA TFD
CRM E CARIMBO

ASS. MÉDICO ASSISTENTE
CRM E CARIMBO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO NO TFD/CERAC:

LAUDO MÉDICO **ORIGINAL**

CÓPIAS DE: CARTÃO SUS – IDENTIDADE E CPF (PACIENTE E ACOMPANHANTE) – CERTIDÃO DE NASCIMENTO (PARA PACIENTE MENOR DE 18 ANOS) – COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA – LAUDOS DOS EXAMES. 03 CÓPIAS DO COMPROVANTE BANCÁRIO. + (CPF – RG E COMPROV. DE RESIDÊNCIA

ESTE LAUDO TEM A VALIDADE DE 1 (UM ANO) À CONTAR DA DATA DE ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE