



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas – Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade e TFD
tfd.saude@goias.gov.br – (62) 3201-3841

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:	<input type="text"/>		
CNES da Unidade:	<input type="text"/>		
Município:	<input type="text"/>		
Telefone Contato:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Idade:	<input type="text"/>
Sexo	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
CPF:	<input type="text"/>	CNS:	<input type="text"/>

Endereço atual

Rua:	<input type="text"/>		
Setor:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>

Contatos atuais

Telefone Fixo:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>		
Whastapp:	<input type="text"/>		

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome Completo:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Idade:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>	CNS:	<input type="text"/>

Contatos atuais

Telefone Fixo:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>		
Whastapp:	<input type="text"/>		

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome Completo: <input style="width: 95%;" type="text"/>			
CPF: <input style="width: 80%;" type="text"/>		CRM: <input style="width: 80%;" type="text"/>	
HISTÓRIA DA DOENÇA			
Resumo: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Exame Físico: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Exames Complementares (anexar cópia dos laudos mais recentes): <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 95%;"></div>		CID-10: <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Especialidade: <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Tratamento Indicado: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 95%;"></div>		Código SIGTAP: <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Justificativa das razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado de Goiás: <input type="checkbox"/> Ausência do Serviço <input type="checkbox"/> Insuficiência de Vaga <input type="checkbox"/> Necessidade de Centro Especializado <input type="checkbox"/> Outros:			
Necessidade de Acompanhante		SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Justificar: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>			
Tipo de transporte recomendado		Aéreo <input type="checkbox"/>	Terrestre <input type="checkbox"/>
Justificar: <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>			
Local: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Data: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Local: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Data: <input style="width: 80%;" type="text"/>
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.			