



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

PRO.18-035 / TRF-1ª REGIÃO

FORMULÁRIO EXCLUSIVO DE CIRCULAÇÃO INTERNA

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

PRO.18-035 / TRF-1ª REGIÃO

FORMULÁRIO EXCLUSIVO DE CIRCULAÇÃO INTERNA