

## ANEXO II

### Formulário de solicitação de Tratamento Fora de Domicílio – Priorização

<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ</b> <b>DIRETORIA DE GESTÃO EM SAÚDE</b> <b>COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>			
<b>FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE TFD – PRIORIZAÇÃO</b>			
<b>DADOS DA ORIGEM DO SOLICITANTE</b>			
Estabelecimento de Origem:			
Município:		Estado:	
Funcionário:		Telefone:	
<b>DADOS DO PACIENTE</b>			
Nome Completo:			
Nome da Mãe:			
Sexo:			
RG:		CPF:	
CNS:			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	
Endereço:			Nº
Complemento		Bairro	
Cidade:		UF:	
CEP:		Telefone:	
<b>EAS REFERÊNCIA</b>			
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. Cópia de documentos pessoais, Cartão SUS, comprovante de endereço em nome do paciente (água, luz, telefone, cartão de crédito) ou declaração comprovação de residência emitido pela equipe de Atenção Primária em Saúde.			
3. Solicitação/formulário de Referência e Contra-referência, devidamente preenchido pelo EAS solicitante.			
4. Cópia dos exames que comprovem a suspeita diagnóstica, conforme requisitos e orientações dos Protocolos de encaminhamento.			
DADOS CLÍNICOS			
Breve histórico com tratamento/condução, exame físico e exames realizados. Justificativa da impossibilidade de realização do tratamento:			

<b>PARECER MÉDICO – REGIONAL</b>	
Parecer da Auditoria local que justifique priorização do caso, dentre as demandas já existentes em fila de espera, com um breve relatório médico. Devidamente assinada e carimbada.	
<b>PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DA APS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	
Qual Protocolo de referencia utilizado?	
Atende os requisitos e orientações de encaminhamento?	
Atende ao critério de prioridade conforme Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Primária para Atenção Especializada SIM OU NÃO? QUAL?	
<b>PRIORIZAÇÃO</b>	
Autoriza encaminhamento para priorização na CERA – SESA?	
O usuário devesse permanecer em fila para a especialidade solicitada sem priorização	
Acompanhamento devesse ser realizado pela APS e usuário retirado da fila de espera	
<b>Data:</b>	<b>MÉDICO AUDITOR REGIONAL</b>
Assinatura e Carimbo	



