



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO



Nº DO LAUDO _____ / _____

| | | | | |
|--|----|--------------------------------------|----------------|-----------------|
| 01 - DADOS DE ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE | | | | |
| ORIGEM | | CÓDIGO/SAI | | MUNICÍPIO |
| Nº DO PRONTUÁRIO | | CHEFIA IMEDIATA (CARIMBO/ASSINATURA) | | |
| 02 - DADOS DO PACIENTE | | | | |
| NOME | | | DATA NASC. | SEXO (MASC/FEM) |
| NOME DA MÃE DO PACIENTE | | | TELEFONE | |
| RESIDÊNCIA | | | BAIRRO | |
| MUNICÍPIO | UF | CEP | Nº DA CONSULTA | IDENTIDADE |
| 03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | | |
| JUSTIFICATIVA CLÍNICA | | | | |

| | | |
|--|--------|------------|
| DIAGNÓSTICO INICIAL | CID | |
| CLÍNICA SOLICITANTE | CÓDIGO | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | CÓDIGO | |
| MÉDICO SOLICITANTE (DATA/ASSINATURA/CARIMBO) | CRM | CPF MÉDICO |

| | | | |
|--|---|---------|--------|
| 04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS | | | |
| SITUAÇÃO DO LAUDO <input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO | PROCEDIMENTO AUTORIZADO | DESTINO | CÓDIGO |
| | MOTIVO | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO | MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA/CARIMBO) | | CRM |