



Governo do Município de Criciúma
Secretaria do Sistema de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

**LAUDO MÉDICO
TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO
PARA DENTRO DO ESTADO**

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

CPF: _____ TELEFONE: _____ TELEFONE 1: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIA/SIH/SUS _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ CID 10: _____

CARÁTER DO ATENDIMENTO: HOSPITALAR AMBULATORIAL

1 - HISTÓRICO DA DOENÇA:

2 - EXAME FÍSICO:

3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

4 - EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S) ANEXAR CÓPIA (S):

5 - TRATAMENTOS REALIZADOS:

6 - PROCEDIMENTO/TRATAMENTO SOLICITADO:

7 - JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITARAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAMES NA LOCALIDADE:

8 - JUSTIFICATIVA EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:

9 - TRANSPORTE RECOMENDÁVEL (JUSTIFICAR)
 RODOVIÁRIO AÉREO AMBULÂNCIA
JUSTIFIQUE:

ASSINATURA / PROFISSIONAL SOLICITANTE

LOCAL E DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL _____