

**SUS****SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE****SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE****LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO****DADOS DO SERVIÇO/UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE**

IDENTIFICAÇÃO: SUS	☐ PÚBLICO	☐ CONTRATADA	☐ CONVENIADA	CÓDIGO DO SAI/SUS: (preenchimento obrigatório)
--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

DADOS DO SERVIÇO/UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE

NOME:			
MUNICÍPIO:	ESTADO:	CEP:	TELEFONE:

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME:(por extenso):	ASSINATURA E CARIMBO
ESPECIALIDADE:	
NÚMERO C.R.M.:	

DADOS DO PACIENTE

NOME:
DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:
BAIRRO:
MUNICÍPIO (Preenchimento obrigatório):

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS CLÍNICOS:
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (anexar os resultados que auxiliem na realização e interpretação do exame):
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
EXAME SOLICITADO:

AUTORIZAÇÃO

SITUAÇÃO: AUTORIZADO	NÃO - AUTORIZADO	DATA:
MÉDICO RESPONSÁVEL:	ASSINATURA E CARIMBO:	
EXAME AUTORIZADO:	CÓDIGO:	

SEU EXAME FOI MARCADO PARA O SERVIÇO:		
DATA: ____ / ____ / ____	HORA: _____	SALA: _____
ENDEREÇO: _____		