armas-sc

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**ESTADO DE SANTA CATARINA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**LAUDO MÉDICO**

**TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**

**INTRAESTADUAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO PACIENTE:** | | **IDADE:** | |
| **PROCEDIMENTO SOLICITADO:** | **CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:** | | |
| **DIAGNÓSTICO INICIAL:** | | | **CID 10:** |
| **CARÁTER DO ATENDIMENTO ( ) HOSPITALAR ⁯ ( ) AMBULATORIAL**  (  URGÊNCIA  ELETIVO  **⁯** | | | |
| **1 – HISTÓRICO DA DOENÇA:** | | | |
| **2 – EXAME FÍSICO:** | | | |
| **3 – DIAGNÓSTICO:** | | | |
| **4 – EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) REALIZADO(S): ANEXAR CÓPIA(S)** | | | |
| **5 – TRATAMENTOS REALIZADOS:** | | | |
| **6 – PROCEDIMENTO/TRATAMENTO SOLICITADO:** | | | |
| **7 – JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/ EXAME NA LOCALIDADE:** | | | |
| **8 – JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE:** | | | |
| **9 – TRANSPORTE RECOMENDÁVEL: (JUSTIFICAR)**  **⁯ RODOVIÁRIO ( ) ⁯AÉREO ( ) AMBULÂNCIA ( ) CARRO CONVENCIONAL ( )**  **DESCREVER ABAIXO A JUSTIFICATIVA CLINICA QUE IMPEÇA O PACIENTE DE VIAJAR VIA RODOVIÁRIO:** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LOCAL E DATA:** | | **NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:** | |
| **CPF:** | | **ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:** | |
| **Nº CNS DO MÉDICO** | **TELEFONE:** | | **CELULAR:** |

**OBS**: O LAUDO DEVE SER PREENCHIDO COM LETRA LEGÍVEL E CLAREZA DOS TERMOS, CONFORME PORTARIA SES 808 DE 31/07/2009. NO CASO DE NÃO CUMPRIMENTO DA PORTARIA, O PROCESSO PODERÁ SER DEVOLVIDO PARA AJUSTE