

**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**(URGÊNCIAELETIVO **⁯**  |
| **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