



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BOM SUCESSO

Amexo IV

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

_____/_____/_____-_____-_____-_____-

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONT.	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
NOME DA MÃE DO PACIENTE	TELEFONE	
RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	
CEP	UF	Nº CONSULTA
CARTEIRA DE IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR		

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZO	MOTIVO		
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	

ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO AO SUS - BOM SUCESSO

- I - OS EXAMES DE ALTO CUSTO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICA E/OU ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO SUS.
- II - O "LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO" DEVERÁ SER EMITIDO EM APENAS 1 VIA.
- III - DEVERÁ SER PREENCHIDO INTEGRALMENTE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR, COM LETRA LEGÍVEL.

SEÇÃO 1 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE/MUNICÍPIO SOLICITANTE

Nº DO LAUDO

ORIGEM/CÓDIGO/SIA/MUNICÍPIO
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE CREDENCIADA DO SUS ONDE FOI REALIZADA A CONSULTA.

Nº PRONT.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE NA UNIDADE.

CHEFIA IMEDIATA (CARIMBO/ASSINATURA)

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE JUNTO AO ALTO CUSTO.

OBS.: ESTES PROFISSIONAIS ESTARÃO ATESTANDO QUE O PACIENTE TEVE ATENDIMENTO PELO SUS QUANDO FOI GERADO O LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO.

SEÇÃO 2 - DADOS DO PACIENTE - PREENCHER INTEGRALMENTE TODOS OS ÍTEMS.

SEÇÃO 3 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

- JUSTIFICATIVAS CLÍNICAS CONSTANDO:
- HISTÓRIA DA MOLÉSTIA, EXAME CLÍNICO, TRATAMENTO JÁ REALIZADO, COM REFERÊNCIAS CRONOLÓGICAS.
- EXAMES DE RELEVÂNCIA REALIZADOS ANTERIORMENTE/ANEXAR.
- OBJETIVO DO EXAME SOLICITADO.

DIAGNÓSTICO INICIAL

SUSPEITA DIAGNÓSTICA.

CID

NÚMERO CORRESPONDENTE AO DIAGNÓSTICO INICIAL.

CLÍNICA SOLICITANTE/CÓDIGO

ESPECIALIDADE MÉDICA SOLICITANTE DO EXAME/EX.: CARDIO 09

PROCEDIMENTO SOLICITADO

NAS ÁREAS DE: MEDICINA NUCLEAR, CARDIOLOGIA, TOMOGRAFIA E ARTERIOGRAFIA.

CÓDIGO

Nº DE CÓDIGO DO EXAME NA TABELA SUS. / EX. TC CRÂNIO = 450.2

MÉDICO SOLICIT. (DATA / CARIMBO / ASSIN / CRM / CPF DO MÉDICO)

IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO MÉDICO SOLICITANTE - DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

SEÇÃO 4 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

O PREENCHIMENTO DESTA SEÇÃO ESTÁ A CARGO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DE ALTO CUSTO

IV - O LAUDO SERÁ AVALIADO APÓS ENTREGA EM 48 HS.

V - DE POSSE DO MESMO, O PACIENTE DEVERÁ MARCAR IMEDIATAMENTE O EXAME, VISTO QUE O LAUDO SÓ TERÁ VALIDADE DE 30 DIAS, APÓS A LIBERAÇÃO DO EXAME.

VI - O LOCAL DE REALIZAÇÃO DO EXAME SERÁ INDICADO POR ESTE LAUDO, DE ACORDO COM A DISPONIBILIDADE DE VAGAS.

05 - REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
	<input type="checkbox"/> AUTORIZADO <input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO		
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)		CRM
/ /			