Cismisel
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICROREGIÃO DE SETE LAGOAS

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
	/ /	☐ MASC. ☐ FEM.

NOME DA MÃE DO PACIENTE	TELEFONE

RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO

BAIRRO	MUNICÍPIO

CEP	U.F	Nº CONSULTA	CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

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
☐ AUTORIZADO ☐ NÃO AUTORIZADO ☐ INCONCLUSIVO	MOTIVO		

DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM
/ /		

ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO AO SUS - B.H

I - OS EXAMES DE ALTO CUSTO SOMENTE SERÃO LIBERADOS PARA PACIENTES COM CONSULTAS BÁSICA E/OU ESPECIALIZADA REALIZADAS PELO O 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
PREENCHIDO NO PAM PADRE EUSTÁQUIO.

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)
PARA UNIDADES BH; DIRETORES/GERENTES OU PROFISSIONAIS CREDENCIADOS JUNTO AO ALTO CUSTO.
INTERIOR: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PROFISSIONAIS DESIGNADOS PELO SECRETÁRIO DE SAÚDE JUNTO AO ALTO CUSTO.
OBS: ESTES PROFSSIONAIS 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 ITENS.

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 DO PAM PADRE EUSTÁQUIO - COMISSÃO DE ALTO CUSTO.

IV - O LAUDO SERÁ AVALIADO APÓS A ENTREGA NO PAM PADRE EUSTÁQUIO 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 PAM, DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE VAGAS.

05 - REAVALIAÇÃO DE LAUDO INCONCLUSIVO

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
☐ AUTORIZADO	MOTIVO		
☐ NÃO AUTORIZADO			
☐ INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO / /	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)		CRM