



LAUDO MÉDICO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
INTRAESTADUAL

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SIGTAP:	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID 10:	
CARATER DO ATENDIMENTO () HOSPITALAR <input type="checkbox"/> URGÊNCIA () AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 ()			
JUSTIFIQUE:			

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.