



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde

**LAUDO MÉDICO PARA
AUTORIZAÇÃO
CIRURGIA ELETIVA**

1. DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

IDENTIDADE PESSOAL

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

DOCUMENTO CADSUS

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

UF ☐ ☐ DATA NASC.: ____ / ____ / ____ SEXO: FEM ☐ MASC ☐ TELEFONE: _____

2. ENCAMINHAMENTO MÉDICO - REDE MUNICIPAL

MÉDICO RESPONSÁVEL

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO / DESCRIÇÃO

ENCAMINHAMENTO PARA: _____

ESPECIALIDADE

3. CONTROLE E AVALIAÇÃO

RESPONSÁVEL

CONFERÊNCIA INFORMAÇÕES:

* DATA: ____ / ____ / ____

MÉDICO AUDITOR

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:

DATA: ____ / ____ / ____

4. PRESTADOR DE SERVIÇOS

SERVIÇO INDICADO

MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO: SIM ☐ NÃO ☐ Data do Procedimento: ____ / ____ / ____

Local da Cirurgia: _____ Hora: _____

5. CONTROLE E AVALIAÇÃO

Nº DA AUT. DO PROCEDIMENTO

Confirmação da data do procedimento: ____ / ____ / ____

DATA, ASSINATURA E CARIMBO
MÉDICO SOLICITANTE

DATA: _____

DATA, ASSINATURA
CONTROLE E AVALIAÇÃO

DATA: _____

DATA, ASSINATURA DO PACIENTE

DATA: _____