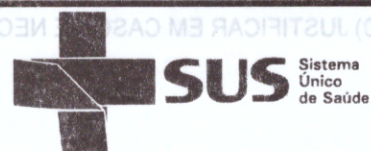




**PREFEITURA MUNICIPAL DE
DONA EUZÉBIA**

ESTADO DE MINAS GERAIS

**LAUDO MÉDICO DE
TRATAMENTO FORA
DO DOMICÍLIO**



SCA DE
ORIGEM

1) ÓRGÃO DE ORIGEM

2) CÓDIGO

3) ANEXO AO PEDIDO Nº

PACIENTE

4) NOME

5) IDENTIDADE

6) RESIDÊNCIA

TEL.

CEP

7) PROFISSÃO

8) DATA DE NASCIMENTO

ACOMPANHANTE

9) NOME

10) IDENTIDADE

11) RESIDÊNCIA

TEL.

CEP

12) RELAÇÃO COM PACIENTE

13) 1 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

14) 2 - EXAME FÍSICO

15) DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

CID

16) EXAME (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S) ANEXAR CÓPIAS

17) TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)

18) TRATAMENTO / EXAME INDICADO

19) JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE

20) JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE
DONA EUZÉBIA
ESTADO DE MINAS GERAISORIGEM
DE (1) ÓRGÃO DE ORIGEM

(2) CÓDIGO

(3) ANEXO AO PEDIDO Nº

21) JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

PACIENTE

(4) NOME

(6) RESIDÊNCIA

TEL.

CEP

(7) PROFISSÃO

(8) DATA DE NASCIMENTO

ACOMPANHANTE

(9) NOME

(11) RESIDÊNCIA

TEL.

JUSTIFICAR

CEP

22) TRANSPORTE RECOMENDÁVEL

(13) 1 - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

23) OUTRAS ANOTAÇÕES

(14) 2 - EXAME FÍSICO

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE

24) PARECER DO MÉDICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ AUTORIZADO☐ COM ACOMPANHANTE

TIPO DE TRANSPORTE

☐ NEGADO☐ SEM ACOMPANHANTE

(17) TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)

(18) TRATAMENTO / EXAME INDICADO

(19) JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPELIRIAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO / EXAME NA LOCALIDADE