

**SIA/SUS - RS****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO
DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**☐ UNIDADE PÚBLICA☐ AMBULATÓRIO DE HOSPITAL PÚBLICO**EMISSOR** ☐ CONSULTÓRIO PARTICULAR☐ CONSULTÓRIO PARTICULAR AMBULATÓRIO DE HOSPITAL FILANTRÓPICO☐ SINDICATO☐ CONSULTÓRIO DE HOSPITAL PRIVADO**DADOS DO PACIENTE**

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

DADOS CLÍNICOS**NAMES OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

.....CÓDIGO.....

.....CÓDIGO.....

.....CÓDIGO.....

.....CÓDIGO.....

.....CÓDIGO.....

DATA

____/____/____

ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL REQUERENTE

DATA

____/____/____

ASS. E CARIMBO DO AUTORIZADOR

ENCAMINHADO PARA (nome e endereço do serviço)

POLEGAR
DIREITO

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: (após a realização do procedimento)