



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

TERMO DE REFERÊNCIA
Chamamento para Serviço de Exames de Ressonância Magnética Infantil e Adulto com Sedação/Anestesia

1 - ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO:

Chamamento Público para contratação da prestação de **SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NAS FAIXAS ETÁRIAS INFANTIL E ADULTO COM O PROCEDIMENTO DE SEDAÇÃO/ANESTESIA**, de acordo com as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste instrumento.

2 - JUSTIFICATIVA:

A Secretaria Municipal de Saúde encontrou dificuldades quanto ao fornecimento do exame de Ressonância Magnética com sedação/ anestesia a todas as faixas etárias, principalmente para crianças que apresentam condições de saúde frágeis e ficam na dependência do exame para a resolutividade diagnóstica. Em nosso Município e nas proximidades não há prestador de serviços realizando tal exame, sendo a busca efetivada com as clínicas CDIP Pato Branco por solicitação via e-mail (anexo) e resposta via telefônica da ausência do exame e a Uniradi clínica de exames de Imagem, solicitação e resposta via e-mail.

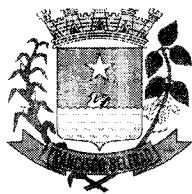
Atualmente o prestador único que vinha realizando os exames nesta modalidade era a Cedimagem, porém ao constarmos a demanda de 09 crianças em aguardo e 01 paciente adulto buscamos dialogar junto ao prestador (Dr. Giovane Biguelini), porém o mesmo somente justifica de forma verbal que este exame tem sido oneroso para a Clínica, uma vez que cada exame exige 2 horas exclusivas de disponibilidade de sala e de equipe para cada usuário independentemente da idade, é necessário a organização prévia de uma equipe exclusiva contando com: enfermeiro, técnico de enfermagem e médico anestesista, incluindo materiais como o uso de medicamentos específicos, acesso venoso em cada usuário (abocath, equipo, soro fisiológico).

Recebemos também, email do prestador CDIP de Pato Branco pedindo para suprimir o item sedação do seu contrato, sendo que o mesmo já não vinha agendando exames a algum tempo.

Seguem em anexo orçamento nominal da Cedimagem para as ressonâncias que estavam em aguardo junto a Secretaria Municipal de Saúde. Se faz necessário a organização do Chamamento Público para prover a continuidade do fornecimento desse exame ao usuário do Sistema Único de Saúde. Ainda, para a análise de parâmetros de preços anexamos orçamento do Centro de Tomografia Computadorizada LTDA (CETAC), localizado no município de Curitiba - Pr, vale ressaltar aqui que não estão inclusos para o município o transporte para o deslocamento do usuário, a estada e alimentação.

3 - CRITÉRIOS DE JULGAMENTO:

Justifica-se a solicitação do julgamento **POR LOTE**, haja vista que a necessidade da



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO

Estado do Paraná

disponibilização de todos os exames aos usuários.

4 – SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS TÉCNICOS:

Não se aplica.

5 – LOCAL E FORMA DE ENTREGA/EXECUÇÃO:

Os serviços objeto desta licitação, deverão ser executados de acordo com as autorizações da Secretaria Municipal de Saúde, na sede de cada prestador credenciado e habilitado para a execução dos serviços, no município de Francisco Beltrão.

6 – PRAZO DE EXECUÇÃO E VIGÊNCIA:

- O prazo de vigência do contrato é de **12 (doze) meses** e inicia-se a partir da data de assinatura do instrumento, prorrogáveis por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 meses de acordo com o art. 57, inciso II da Lei n.º 8.666/93 e observado o Parágrafo Quarto, do mesmo artigo da lei retro mencionada.

- Havendo prorrogação do prazo da prestação dos serviços, o valor poderá ser atualizado com base na variação do INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor, dos últimos 12 (doze) meses. No cálculo do primeiro reajuste deverá ser utilizado o índice do mês anterior à data da proposta comercial e o índice do mês anterior à data prevista para o reajuste, conforme disposto na lei nº 10.192 de 14/02/2001. Para reajustes subsequentes deverá ser utilizado o índice do mês anterior à data de concessão do último reajuste do contrato e o índice do mês anterior à data prevista para o reajuste.

Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser refeitos no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

7 – OBRIGAÇÕES:

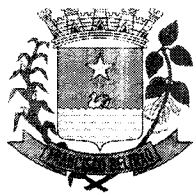
DA CONTRATADA:

A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

a) O prestador contratado deverá realizar somente os exames autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde;

b) O prestador deverá disponibilizar os exames de Ressonância Magnética com sedação e/ou anestesia para crianças e adultos;

c) O atendimento prestado deverá ser pautado por protocolos clínicos assistenciais baseados em evidências científicas e pelas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

demais gestores do SUS;

d) A execução dos atendimentos deverá ser realizada por meio de profissionais capacitados responsabilizando-se por quaisquer danos causados pelos mesmos aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;

e) O prestador contratado assumirá todas as responsabilidades legais decorrentes da emissão dos laudos dos exames realizados;

f) É de responsabilidade do prestador contratado a manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos, e no caso de defeitos desses, a Secretaria Municipal de Saúde deverá ser comunicada por escrito, não devendo interromper a manutenção do serviço prestado;

g) Os serviços deverão ser realizados utilizando-se de estrutura, recursos materiais e humanos próprios do prestador contratado conforme o nível de complexidade para o atendimento da demanda encaminhada pela contratante, durante toda a vigência do contrato, não sendo permitida a inexecução do objeto do contrato por falta de quaisquer destes itens;

h) As despesas com materiais de consumo necessários a execução dos serviços será de responsabilidade do prestador contratado e devem ser realizadas mediante os valores financeiros firmados;

i) Após o credenciamento, se houver mais de um prestador, a Secretaria Municipal de saúde organizará com os mesmos uma escala de sobreaviso para a realização dos procedimentos em caráter de urgência;

j) O prestador deverá aderir ao sistema de faturamento da Secretaria de Saúde e suas implementações necessárias. O processamento da produção será pelo Sistema de Informação Ambulatorial- SIA/ SUS do Ministério da Saúde;

k) Quando disponível, a SMS-FB instalará um módulo informatizado no prestador para o lançamento dos laudos dos exames que serão integrados junto ao prontuário médico eletrônico da Rede Municipal;

l) A Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde analisará todos os laudos para efetuar pagamento;

m) Quando solicitado esclarecimentos pela Auditoria/Ouvidoria SMS-FB sobre atendimentos/procedimentos realizados, orientamos que nos seja encaminhado retorno com a maior brevidade possível, respeitando um limite de até 7(sete) dias úteis para que assim, sejam conduzidas as providências necessárias.

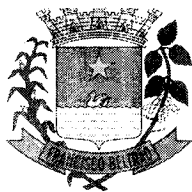
DO CONTRATANTE:

a) Acompanhar, supervisionar, fiscalizar e auditar os procedimentos e a execução dos serviços de saúde;

b) Vistoriar as instalações da entidade prestadora de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato;

c) Exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados;

d) Pagar no vencimento as faturas apresentadas pelo prestador, correspondente



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

aos serviços efetivamente prestados;

e) Prestar todas as informações necessárias, com clareza, ao prestador, para a execução dos serviços;

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e prestar todas as informações necessárias, pertinentes aos serviços ofertados pela Contratada;

g) Monitorar o funcionamento do estabelecimento de saúde do prestador, notificando o prestador, fixando-lhe prazo para corrigir defeitos ou irregularidades encontradas;

h) Providenciar a publicação do extrato do Contrato no Diário Oficial, no prazo estabelecido no parágrafo único, do artigo 61, da Lei Federal nº. 8.666/93;

i) Realizar monitoramento dos códigos que foram faturados e verificação da evolução do paciente. Acompanhamento da execução dos serviços credenciados por meio de avaliações periódicas, visitas, auditorias, treinamentos, devendo as intercorrências ser registradas em relatórios anexados a documentação do credenciado;

m) Supervisionar de forma indireta ou local, o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, a verificação de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

n) Realizar auditoria especializada em casos específicos;

o) A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE, sobre os serviços ora contratados não eximirá o CONTRATADO da sua plena responsabilidade, a própria CONTRATANTE ou usuários e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato;

p) O CONTRATADO facilitará ao CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

q) Processar o faturamento respeitando o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a este.

A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados. |

8 – DA APRESENTAÇÃO DAS FATURAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

A apresentação das contas e as condições de pagamento serão feitas:

a) A Unidade Prestadora de Serviços, seus profissionais, equipamentos e instalações deverão estar cadastrados no CNES/Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e ser compatível com os procedimentos;

b) O prestador de serviços apresentará mensalmente, até o (5º) quinto dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, constando a autorização do exame/procedimento pela Secretaria de Saúde e a comprovação do serviço realizado, mediante cópia de laudo técnico do resultado. As faturas deverão ser recebidas/registradas nos sistemas de faturamento preconizados pela Secretária de Saúde;



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

c) O prestador de serviços receberá, até o 10º (decimo) dia útil de cada mês posterior à produção, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

* crédito na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

d) As contas rejeitadas pela SMS/SUS/Francisco Beltrão e SIASUS, dentro das suas normas e rotinas, serão notificadas mensalmente;

e) As cobranças rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pela Auditoria da SMS/SUS/ de Francisco Beltrão, ficando à disposição do prestador de serviços, que terá um prazo de 30 (trinta) dias, a contar do pagamento efetuado, para apresentar recurso/ esclarecimentos. Caso a decisão seja favorável ao prestador, as cobranças poderão ser reapresentadas através dos sistemas da Secretaria de Saúde e Ministério da Saúde.

f) Serão descontados no processamento apresentado, os procedimentos glosados pelas revisões técnica e administrativa.

g) Caso os pagamentos rejeitados já tenham sido efetuados, fica a SMS/SUS/Francisco Beltrão, autorizada a debitar o valor pago indevidamente no mês seguinte, através do BDP/Boletim de Diferença de Pagamento no SIASUS.

h) Nenhum pagamento será efetuado à CONTRATADA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta em virtude de penalidade ou inadimplência contratual, obrigando-se ainda a manter regularmente em dia a sua condição de cadastrada e habilitada junto ao Cadastro de Fornecedores do Município de Francisco Beltrão.

i) Em caso de irregularidade na emissão dos documentos fiscais, o prazo de pagamento será contado a partir de sua reapresentação, devidamente regularizados.

9 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o Município de Francisco Beltrão, garantida a prévia defesa, aplicar aos cadastrados as sanções previstas no art. 87 da Lei n.º 8.666/93.

10 - ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS POR ITEM:

Código SUS	Procedimento	Valor SUS	Valor Chamamento
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75	R\$ 750,00



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 750,00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 268,75	R\$ 750,00
(Não tem SUS)	ANGIORRESSONÂNCIA ARTERIAL	(Não tem SUS)	R\$ 750,00
(Não tem SUS)	ANGIORRESSONÂNCIA VENOSA	(Não tem SUS)	R\$ 750,00

VALOR TOTAL MÁXIMO ESTIMADO R\$ 90.000,00
(Noventa mil reais)

10 - RECURSOS PARA CONTRATAÇÃO:

Os recursos financeiros para suportar a eficácia do presente objeto, serão atendidos por verbas oriundas da fonte 494 – MAC-Média e Alta Complexidade para exames e procedimentos previstos na Tabela SUS e fonte 000 -Recursos próprios para valor dos exames complementar.

11- FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO:

A fiscalização e o acompanhamento da execução do contrato, será efetuado pela servidora Elaine D. A. Anghinoni, da Secretaria Municipal de Saúde, cujo CPF nº 036.577.889-30, e-mail elaineanghinoni@gmail.com, Telefone (46)3520-2128, a fim de verificar a conformidade dele com as especificações técnicas dispostas no mesmo.

A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade do fornecedor, ainda que resultem de condições técnicas, vícios redibitórios ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior, e, na ocorrência desta, não implica na responsabilidade da administração e de seus agentes e prepostos.

12 - DADOS DA SOLICITAÇÃO:



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

- Data de envio do termo |10/11/2021|
- Secretaria Municipal de |Saúde|
- Nome do elaborador deste Termo de Referência: |Carla Schroeder e Elaine Anghinoni|
- Telefone para Contato: (46) 3520-2311
- Anexos a este Termo encontram-se os documentos que deram base à solicitação.

13 - AUTORIZAÇÃO:

Francisco Beltrão, |10/11/2021|


|Manoel Brezolin|
Secretário Municipal de Saúde|


Antonio Carlos Bonetti
Sec. Mun. de Administração


Cleber Fontana
Prefeito Municipal

Fica autorizada a aposição de assinatura digitalizada do Prefeito Municipal no Edital e seus Anexos.



MUNICÍPIO DE FRANCISCO BELTRÃO
Estado do Paraná

14 - ANEXOS:

Estamos anexando documentos para subsidiarem o procedimento licitatório de aquisição dos referidos ingressos.

ANEXO I – Orçamentos Cedimagem

ANEXO II – Orçamento CETAC

ANEXO III – Solicitações Médicas

ANEXO IV – E-mail com solicitação do exame aos prestadores e negativa da
Clínica Uniradi e CDIP



RX Simples e Contrastado - Digitalizado, Densitometria Óssea, Mamografia de Alta Resolução - Digitalizada, Ultrassom Convencional, Colorido Doppler-Vascular, 3D - 4D Ultrassom Obstétrico, Ultrassom de Músculo Esquelético, Tomografia Computadorizada Helicoidal, Dentascan e Tridimensional Multi-Slice 128 canais - 3D - 4D, Biópsia guiada pelo Ultrassom Ressonância Nuclear Magnética - Campo aberto e Campo fechado 1.5T Optima MR 450 W, 32 Canais.

Dr. Jailto L. Biguelini
CRM 11911

Dr. Giovani Biguelini
CRM 14935

Dr. Marcio G. Macedo
CRM 17998

Dr. Cássio G. Macedo
CRM 32667

Dr. Ana C. G. Macedo
CRM 35940

COTAÇÃO DE PREÇOS

Nome	Exame	DN	Valor
Lucca Franco Domingues	RNM Hipofise	04/06/2019	750,00
Sophia da Silva	RNM Cranio	15/01/2020	750,00
Davi Augusto Desengrini Fagundes	RNM Cranio	25/09/2017	750,00
Milena Dalbosco	RNM Encefalo	12/01/2015	750,00
Antonio Miguel Dos Passos Claudino da Silva	RNM Encefalo	13/05/2020	750,00
Andrielle Rosane Santos Conte	RNM Coluna Lombar	06/11/1998	750,00
Gabrielly Vitoria Roque	Angiorressonância De Encefalo (arterial e e venosa)	10/08/2021	1.500,00
Arthur Gabriel Pinheiro Campos	RNM Encefalo	23/02/21	750,00
Heloisa Poncio	RNM Crânio	20/04/2018	750,00
Gian Eduardo Mendes de Jesus	RNM Crânio	13/06/2015	750,00

FRANCISCO BELTRÃO, 04 DE NOVEMBRO DE 2021

CENTRO DE RESSONÂNCIA
POLICLÍNICA LTDA
CNPJ: 27.987.310/0001-06



CETAC - CENTRO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA LTDA.
Rua Padre Ildefonso, 105 - Batel - Curitiba/PR
Fone/fax: (41) 3270-3270 / 3270-3251 (não fornecer à pacientes/usuários)
Email: administracao@cetac.com.br ou financeiro@centrodemedicina.com.br
CNPJ: 77.538.288/0001-87

BANCO DO BRASIL (001)
AG. 3404-5
C/C. 7894-8

Curitiba, 03 de novembro de 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE FRANCISCO BELTRÃO
A/C Elaine Anghinoni

Orçamento de exame (s) para os (as) paciente (s):

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
• RESSONANCIA DE CRANIO	8	R\$ 690,00	R\$5.520,00
• RESSONANCIA DE COLUNA LOMBAR	1	R\$685,00	R\$685,00
• ANGIORESSONANCIA DE CRANIO	1	R\$730,00	R\$730,00
• ANESTESIA/SEDAÇÃO PARA RM (se necessário, deverá constar no pedido médico)	10	R\$ 400,00	R\$4.000,00


- Condições de pagamento: Depósito Antecipado ou Nota de Empenho
- Validade do orçamento: 30 dias

Necessário trazer o pedido médico original no dia do atendimento

Informações complementares:

- observar o preparo (se necessário) para realização do exame informado do agendamento;
- informar a necessidade de anestesia (obrigatório constar solicitação médica original no dia do atendimento);
- não realizada RESSONÂNCIA MAGNÉTICA se o paciente tiver: marcapasso, clips de aneurisma, tatuagem ou maquiagem definitiva recente, sensor/medidor de glicose subcutâneo;
- informar previamente se o paciente encontra-se em ISOLAMENTO;
- informar antecedentes alérgicos;
- conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709-2018 LGPD) o paciente assinará termos de consentimento sobre o exame e entrega de resultados;

Atenciosamente


Andréia A. Fernandes
FINANCEIRO
administracao@cetac.com.br
Fone: (41) 3270-3251

77.538.288/0001-87

CETAC CENTRO DE TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA LTDA.

RUA PADRE ILDEFONSO Nº 105
BATEL - CEP 80240-160

CURITIBA - PR

RESSONANCIAS COM SEDAÇÃO – CEDIMAGEM/ TOMOCLIM (26/10/2021)

EXAME	NOME	DN	IDADE
RNM DE CRANIO	ISABELLY DE MIRANDA PEDROSO <i>OK</i>	18/11/2017	3
RNM HIPOFISE	LUCCA FRANCO DOMINGUES	04/06/2019	2
RNM DE CRANIO	SOPHIA DA SILVA	15/01/2020	1
RNM DE CRANIO	DAVI AUGUSTO DESENGRINI FAGUNDES	25/09/2017	4
RNM ENCEFALICA	MILENA DALBOSCO	12/01/2015	6
RNM ENCEFALICA	ANTONIO MIGUEL DOS PASSOS CLAUDINO DA SILVA	13/05/2020	5 MESES
RNM DE COLUNA LOMBAR	ANDRIELE ROSANE SANTOS CONTE	06/11/1998	22
* ANGIORESSONANCIA DE ENCEFALO	GABRIELLY VITORIA ROQUE	10/08/2021	2 MESES


01/11

RNM encefalo
RNM Cranio
" "
"

Arthur Gabriel
Helena Pereira
Ajan

Artur Gabriel
Helena Pereira
Ajan
01/11/2021
p. 11
p. 12
p. 13
p. 14
p. 15
p. 16
p. 17
p. 18
p. 19
p. 20
p. 21
p. 22
p. 23
p. 24
p. 25
p. 26
p. 27
p. 28
p. 29
p. 30
p. 31
p. 32
p. 33
p. 34
p. 35
p. 36
p. 37
p. 38
p. 39
p. 40
p. 41
p. 42
p. 43
p. 44
p. 45
p. 46
p. 47
p. 48
p. 49
p. 50
p. 51
p. 52
p. 53
p. 54
p. 55
p. 56
p. 57
p. 58
p. 59
p. 60
p. 61
p. 62
p. 63
p. 64
p. 65
p. 66
p. 67
p. 68
p. 69
p. 70
p. 71
p. 72
p. 73
p. 74
p. 75
p. 76
p. 77
p. 78
p. 79
p. 80
p. 81
p. 82
p. 83
p. 84
p. 85
p. 86
p. 87
p. 88
p. 89
p. 90
p. 91
p. 92
p. 93
p. 94
p. 95
p. 96
p. 97
p. 98
p. 99
p. 100

2 anos. Sedação

 Estado de Santa Catarina Ministério da Saúde		LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		3 - CNES	
ST. Santa Luz.			
2 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Lucas Mano Domingos			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
		/ /	
7 - SEXO		8 - JUZGADO	
Masculino			
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
13 - ENDEREÇO (RUA/TI/BARRIO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		16 - UF	
		17 - CEP	
18 - Código do Procedimento		19 - Nome do Procedimento	
		RNM Hepatite	
20 - Código do Procedimento		21 - Nome do Procedimento	
22 - Código do Procedimento		23 - Nome do Procedimento	
24 - Descrição do Diagnóstico		25 - CID 10 PRINCIPAL	
Hepatite Pa Rubéola		E288	
26 - CID 10 SECUNDÁRIO		27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
28 - RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
Imprescindível para a realização de Laudo Médico. Comprometido / fígado tuberculoso.			
29 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
30 - JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Jaqueline Salomão		17/08/2025	
33 - DOCUMENTO		34 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CDF)	
CNS / CDF		016209197076	
35 - ASSINATURA E CARIMBO		36 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
Jaqueline Salomão Médica CRM/PR 38404			
37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		38 - COD ORGÃO EMISSOR	
39 - DOCUMENTO		40 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CDF)	
CNS / CDF			
41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		42 - ASSINATURA E CARIMBO	
43 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		44 - CNES	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Urgente
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Sophia da Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

Fem

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Resonância Magnética de Crânio

20 - QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

Medicação / quimioterapia

23 - QTDE

01

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralísia Cerebral

37 - CID10 PRINCIPAL, 38 - CID10 SECUNDÁRIO, 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

G809

40 - OBSERVAÇÕES

Paralísia Cerebral

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Larissa Lachi Talamini

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/2021

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Larissa Lachi Talamini
Neurologia Infantil
CRM 50.27302

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS (X) CPF

04473020940

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



Estado de Santa Catarina
Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Dani Augusto de Seneghini Foguelo

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Masc

Fem

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

416 98931151017

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

416 98931151017

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

Ressonância de crânio com hidrocefalia

CODIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CODIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

cond. do crânio / imagem.

CID 10: C75.3 / Z48.8.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

02/04/04

ASSINATURA E CARIMBO

Dra. Lais Lais
MÉDICA
SAM-PR 44.581

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC


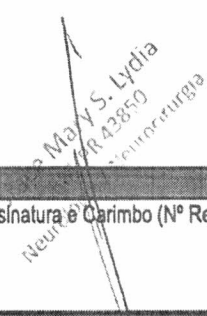
8


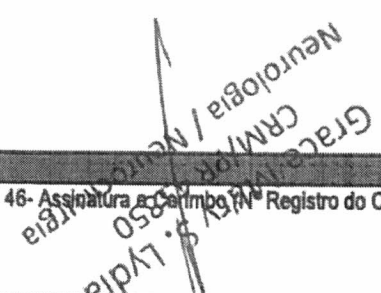
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

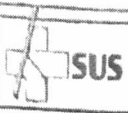
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

pdx

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL				Folhas 1
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
1- Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante CRE - CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES					2- C.N.E.S 2497077		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3- Nome do Paciente MILENA DALBOSCO					4- Nº do Prontuário 11283		
5- Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700008110754109		6- CPF	7- Data de Nascimento 21/12/2014	8- Idade 6	9- Sexo FEMININO	10- Raça/Cor BRANCA	
11- Nome da Mãe HELENA KAZMIEZAK DALBOSCO					12- Telefone 46999215514 ✓		
13- Nome do Responsável					14- Celular 99336287		
15- Endereço			16- Bairro				
17- Município FRANCISCO BELTRAO					18- UF PR	19- CEP 85601000	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
20- Código do Proc. Principal		21- Nome do Procedimento Principal Ressonancia MAGNETICA Encefalica com sedação				22- Qtde 1	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)							
23- Código do Proc. Secundário	24- Nome do Procedimento Secundário					25- Qtde.	
26- Código do Proc. Secundário	27- Nome do Procedimento Secundário					28- Qtde.	
29- Código do Proc. Secundário	30- Nome do Procedimento Secundário					31- Qtde.	
32- Código do Proc. Secundário	33- Nome do Procedimento Secundário					34- Qtde.	
35- Código do Proc. Secundárioão	36- Nome do Procedimento Secundário					37- Qtde.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)							
38- Descrição do Diagnóstico ectasia ventricular			39-CID Principal R51	40-CID Secundária	41-CID Causas Associadas		
42- Observações cefaleia e vomitos e ct co ectasia ventricular							
SOLICITAÇÃO							
43- Nome do Profissional Solicitante GRACE MARY SANTOS LYDIA			44- Data da Solicitação 23/09/2021	46- Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) 			
45- Documento (CPF/CNS) 84019433704							
AUTORIZAÇÃO							
47- Nome do Profissional Autorizador			48- Cód Órgão Emissor	51- Nº da Autorização (APAC)			
49- Data da Autorização	50- Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)					52- Período de Validade da APAC / / a / /	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
53- Nome Fantasia do Estabelecimento de saúde Executante					54- CNES		

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL				Folhas 1
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
1- Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante CRE - CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES					2- C.N.E.S. 2497077		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3- Nome do Paciente ANTONIO MIGUEL DOS PASSOS CLAUDINO DA SILVA					4- N° do Prontuário 328874		
5- Cartão Nacional de Saúde (CNS) 898005940280902	6- CPF	7- Data de Nascimento 13/05/2020	8- Idade 0	9- Sexo MASCULINO	10- Raça/Cor BRANCA		
11- Nome da Mãe KAILANE LARIESSA SILVA DOS PASSOS					12- Telefone		
13- Nome do Responsável					14- Celular 46999277841		
15- Endereço			16- Bairro				
17- Município FRANCISCO BELTRAO					18- UF PR	19- CEP 85601000	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
20- Código do Proc. Principal	21- Nome do Procedimento Principal ressonancia magnetica encefalica com sedação					22- Qtde 1	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)							
23- Código do Proc. Secundário	24- Nome do Procedimento Secundário					25- Qtde.	
26- Código do Proc. Secundário	27- Nome do Procedimento Secundário					28- Qtde.	
29- Código do Proc. Secundário	30- Nome do Procedimento Secundário					31- Qtde.	
32- Código do Proc. Secundário	33- Nome do Procedimento Secundário					34- Qtde.	
35- Código do Proc. Secundário	36- Nome do Procedimento Secundário					37- Qtde.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)							
38- Descrição do Diagnóstico hidrocefalia			39-CID Principal g91	40-CID Secundária	41-CID Causas Associadas		
42- Observações macrocrania e fontanela ampla e normotensa							
SOLICITAÇÃO							
43- Nome do Profissional Solicitante GRACE MARY SANTOS LYDIA			44- Data da Solicitação 07/01/2021	46- Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)			
45- Documento (CPF/CNS) 84019433704							
AUTORIZAÇÃO							
47- Nome do Profissional Autorizador			48- Cód Órgão Emissor	51- N° da Autorização (APAC)			
49- Data da Autorização	50- Assinatura e Carimbo (N° do Registro do Conselho)			52- Período de Validade da APAC / / a / /			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
53- Nome Fantasia do Estabelecimento de saúde Executante					54- CNES		



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

115.1/2

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **ARSS - Associação Regional de Saúde do Sudoeste**

2 - CNES: **2.497.077**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **ANDRILE CONTE**

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

6 - DATA DE NASCIMENTO: _____

7 - SEXO: Masc Fem

8 - RAÇA/COR: _____

9 - NOME DA MÃE: _____

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **91315113931**

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **9115410361**

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____

16 - UF: _____

17 - CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **RNM COLUNA LOMBAR**

20 - QTDE: _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **LOMBOCIATALGIA**

37 - CID10 PRINCIPAL: _____

38 - CID10 SECUNDÁRIO: _____

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

40 - OBSERVAÇÕES: **- SEDAÇÃO**

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **RICARDO PEPE**

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

43 - DOCUMENTO: CNS CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **773.751.499-68**

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *Dr. Ricardo Pepe*

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

48 - DOCUMENTO: CNS CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____

55 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

1- Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante
ARSS - MACC

2- C.N.E.S
6005209

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- Nome do Paciente
GABRIELLY VITORIA ROQUE

4- Nº do Prontuário
347476

5- Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700509343234759

6- CPF 16030977911

7- Data de Nascimento 10/08/2021

8- Idade 0

9- Sexo FEMININO

10- Raça/Cor BRANCA

11- Nome da Mãe
FRANCIELE FERNANDA GONCALVES GOSMAN

12- Telefone
46999715937

13- Nome do Responsável

14- Celular

15- Endereço

16- Bairro

17- Município
FRANCISCO BELTRAO

18- UF PR

19- CEP 85601000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20- Código do Proc. Principal

21- Nome do Procedimento Principal
angiorressonancia de encefalo

22- Qtde

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

23- Código do Proc. Secundário

24- Nome do Procedimento Secundário

25- Qtde.

26- Código do Proc. Secundário

27- Nome do Procedimento Secundário

28- Qtde.

29- Código do Proc. Secundário

30- Nome do Procedimento Secundário

31- Qtde.

32- Código do Proc. Secundário

33- Nome do Procedimento Secundário

34- Qtde.

35- Código do Proc. Secundário

36- Nome do Procedimento Secundário

37- Qtde.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

38- Descrição do Diagnóstico
hemangioma síndrome phaces

39-CID Principal D 18

40-CID Secundária

41-CID Causas Associadas

42- Observações
lactente de 36 dias com hemangioma cavernoso em face - sind phaces

SOLICITAÇÃO

43- Nome do Profissional Solicitante
LUCIANE MARTIGNONI

44- Data da Solicitação
16/09/2021

46- Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
Luciane Martignoni
Alergista e Pneumologista
CRM PR - 3411
RQE - 23329

AUTORIZAÇÃO

47- Nome do Profissional Autorizador

48- Cód Órgão Emissor

51- Nº da Autorização (APAC)

49- Data da Autorização

50- Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

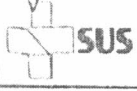
52- Período de Validade da APAC
/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

53- Nome Fantasia do Estabelecimento de saúde Executante

54- CNES

pedido da médica do NACC. Tam consulta 12/11 Pedação



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
ESF: Conjunto Esperança	9030360

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Arthur Gabriel Pinheiro Campos			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	
	23/02/21	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - TELEFONE DE CONTATO	10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE
	ressonância do miéalo	01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID 10 PRINCIPAL, 35 - CID 10 SECUNDÁRIO, 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Cistos cerebrais	693.
37 - OBSERVAÇÕES	
<p>Paciente de 28 meses de idade apresentando histórico de parvotularemia e em acompanhamento com neurologista apresentando alteração na tomografia pelo que se solicita exame para confirmar diagnóstico.</p>	

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
Midalgis Leyva Leyva	26/10/21	
40 - DOCUMENTO (CNS)	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
00387087101	00387087101	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
46 - DOCUMENTO (CNS)	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME INSTITUIÇÃO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES



Redação

Avaliação de Risco: VERMELHO AMARELO VERDE

Unidade Solicitante: 427 - CENTRO DE SAÚDE CIDADE NORTE

Paciente: 228091 - HELOISA PONCIO

Data de Nasco: 20/04/2018

Sexo: FEMININO

Dados Clínicos: PACIENTE COM QUEDA E TRAUMA FRONTAL ESQUERDO, APOS INICIOU COM VOMITOS, APOS REALIZAR TAC DE CRANIO

Exame	Procedimento	Descrição
361	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO

Quantidade: 1

É PROIBIDA a cobrança a paciente ou seus familiares de qualquer pagamento no atendimento feito pelo SUS.

Telefone para informações:
RD - 352-43300
SMS - 352-2130

____/____/____
DATA

Dr. Larissa Talantini
Medica
CRM-PR 27399

CARIMBO E ASSINATURA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Gian Eduardo Mendes de Jesus

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO
Masc. Fem.

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

(48) 882 20050

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

(48) 882 200823

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Resonância Magnética de Crânio

20 - QTDE. *01*

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

pedagogia / audição

23 - QTDE. *01*

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

atraso no DNPM

37 - CID10 PRINCIPAL

R62

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

*deficit cognitivo
atraso na linguagem*

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Carina Raulli Talamini

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/08/2021

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Carina Raulli Talamini
Médica
CRM PR 27398

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

04473020940

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Outlook

Pesquisar

Seu navegador oferece suporte à configuração Outlook.com como o manipulador de email padrão. X

Nova mensagem

Excluir Arquivar Mover para Categorizar

Favoritos

Sua família

Adicionar aos favoritos

Pastas

Caixa de Entrada 122

Lixo Eletrônico 3

Rascunhos 212

Itens Enviados

Itens Excluídos 1

Conselho Municip...

Arquivo Morto

Anotações

APARELHO AUDITIVO

CEONC Censo - Cont...

Conversation History

HSF CENSO - Con...

COVID-19 CE...

COVID-19

EXAMES SOLICITAD...

PROTOCOLO CLINICO

SOLICITAÇÕES UPA

Solicitação de Orçamento

UA

Uniradi Adm

<uniradi.adm@yahoo.co

m>

Seg, 01/11/2021 16:49

Para: Você

Olá, boa tarde!

Este exame não estamos fazendo no momento.

Att, Charles de Oliveira
Uniradi Diagnósticos por Imagem
(46) 3055-6800
Por gentileza confirmar recebimento!

Em segunda-feira, 1 de novembro de 2021 16:09:28
BRT, Auditoria FB Francisco Beltrão
<auditoriasmsfb@outlook.com> escreveu:

Boa tarde, tudo bem?

Falo aqui da Secretaria Municipal de Saúde de
Francisco Beltrão.

Necessito de um orçamento do exame de
Ressonância Magnética com anestesia para
crianças menores que 1 ano de idade.
Tenho 10 crianças em aguardo.

Atenciosamente,

Elaine Anghinoni.

Responder Encaminhar

A

Auditoria FB Francisco
Beltrão

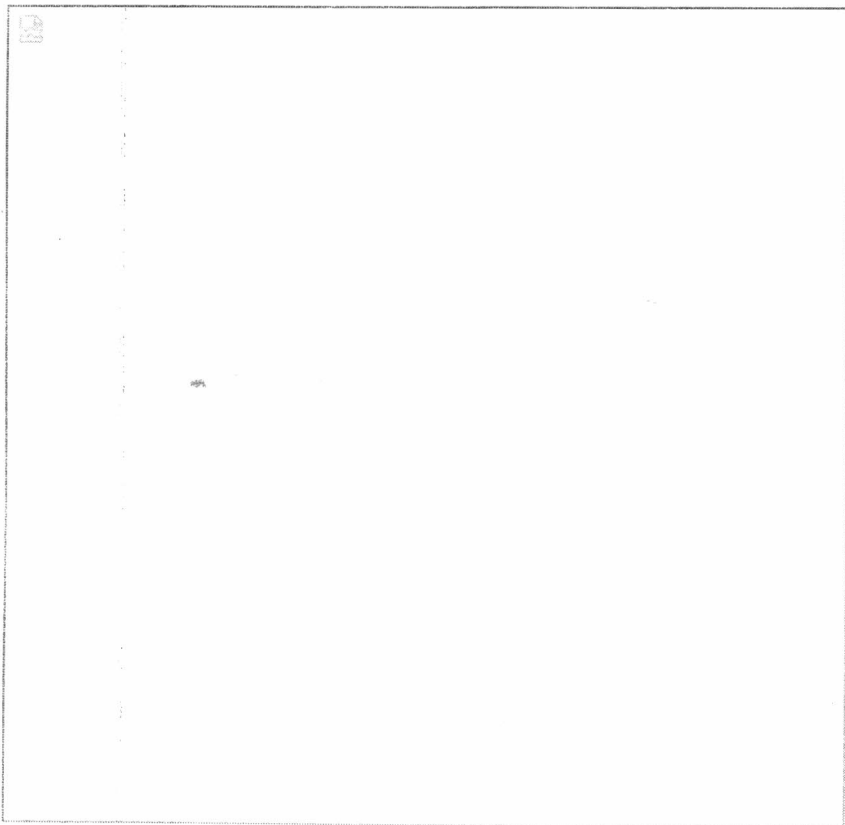
Assunto: Re: Aditivo Contrato de Ressonâncias
De: Aline Silveira <aline.silveira@cdip.com.br>
Data: 05/11/2021 09:13
Para: saude.adm@franciscobeltrao.com.br
CC: Solom Gonzatto <solom.gonzatto@cdip.com.br>

Bom dia,

Temos interesse na renovação do contrato, porém, precisamos que o item "sedação para exames de ressonância magnética" seja suprimido.

Precisamos enviar ofício a respeito ou como procedemos?

Aguardo seu retorno, obrigada.



Esta mensagem pode conter informação confidencial ou privilegiada, sendo seu sigilo protegido por lei. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, avise imediatamente ao remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-a. Agradecemos sua cooperação.

Em qua., 3 de nov. de 2021 às 17:50, Solom Gonzatto <solom.gonzatto@cdip.com.br> escreveu:

----- Forwarded message -----

De: Carla <saude.adm@franciscobeltrao.com.br>

Date: qua., 3 de nov. de 2021 11:38

Subject: Aditivo Contrato de Ressonâncias

To: Solom Gonzatto <solom.gonzatto@cdip.com.br>, <cedimagem.rad@hotmail.com>, Financeiro Uniradi <financeirouniradi@outlook.com>