



SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, INTEGRAÇÃO E REGULAÇÃO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE À CENTRAL

Unidade Solicitante:	Cód. CNES:	Tel. Solicitante:
----------------------	------------	-------------------

Data da Solicitação : / /	**Prestador:
---	--------------

Nome do Paciente:	No. Cartão SUS:
-------------------	-----------------

CPF:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
------	---

Data de Nascimento : / /	Cód IBGE/ Município Residência:
--	---------------------------------

Endereço:

Bairro:	Telefone de Contato:
---------	----------------------

Hipótese Diagnóstica:

Sinais e Sintomas Clínicos:

EXAMES REALIZADOS:
Enzimas Cardíacas: <input type="checkbox"/> CK _____ <input type="checkbox"/> CK-MB _____ <input type="checkbox"/> Troponina _____
<input type="checkbox"/> Eletrofisiologia <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> Doppler arterial e/ou venoso <input type="checkbox"/> Ecodoppler Transtorácico
<input type="checkbox"/> Ecodoppler Transesofágico <input type="checkbox"/> Cintilografia <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Outros relevantes

Resultados dos Exames Complementares Acima que Justifiquem a Solicitação do Procedimento:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:
<input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular Adulto <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular Pediátrica <input type="checkbox"/> Cardiologia Intervencionista
<input type="checkbox"/> Estudo Eletrofisiológico Terapêutico <input type="checkbox"/> Cirurgia Vascular <input type="checkbox"/> Cirurgia Endovascular <input type="checkbox"/> Outros Procedimentos Especiais CV

Cód. Procedimento:	Cód. CID:
--------------------	-----------

Descrição do Procedimento Solicitado:

Data e Identificação do Solicitante:

**Data e Identificação do Regulador/Autorizador

**Cadastro Efetuado:
<input type="checkbox"/> Sem pendências <input type="checkbox"/> Com pendências

**No. da AIH/APAC: _____
**Data de Emissão: _____ / _____ / _____
**Regulador/Autorizador: _____