



**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**

Unidade Solicitante	<b>Cód. CNES:</b>	Tel. do Solicitante: ( )
Data da Solicitação: / /	<b>**Prestador:</b>	
Nome do Paciente	Nº Cartão SUS.	
CPF:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data de Nascimento / /	Cód IBGE Município Residencial:	
Endereço:		
Bairro:	Telefone de Contato:	
Hipótese Diagnóstica		
Sinais e Sintomas Clínicos:		
<b>EXAMES REALIZADOS:</b> 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 venenoso <input type="checkbox"/> Ecodopler Transtorádico <input type="checkbox"/> Ecodoppler Transesofágico <input type="checkbox"/> Cintilografia <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Outros relevantes		
Resultado dos Exames Complementares Acima que Justifiquem a Solicitação do procedimento:		
<b>PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:</b> <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		
<b>Cód. Procedimentos:</b>	<b>Cód. CID:</b>	
<b>Descrição do Procedimento Socialismo:</b>		
<b>Data e Identificação de Solicitante:</b>	<b>** Data e Identificação do Regulador/Autorizador</b>	