



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA

SECRETARIA DA SAÚDE

PROTOCOLO DE AGENDAMENTO Nº 289979

2025

UBS de Origem: SAC Servidor: Mar Data 5/2/25

Nome completo do paciente: _____

Data nascimento: 6/6/55 Sexo: (☒) M () F Raça/Cor: () Negra

Cartão SUS: 708 6000 0389 3280 () Branca

CPF: 341 374 179 - 49 () S/ Informação

Nome completo da mãe: _____

Pai: _____

Rua/Av.: _____ nº _____

Bairro: _____ Fone: 05 32542 Falar com: _____

Especialidade: Usher 24h

Data da Consulta/Exame: ____/____/____ Nº _____

Local: _____ Hora: _____

Profissional: **AUTORIZADO** _____

Obs: 05 FEV 2025 Jules Hubner CECENEA MAXIMA

Auditor Médico - CRM/RS 43603
Secretaria de Saúde
Prefeitura Municipal de Canela

NECESSÁRIO A APRESENTAÇÃO DESTE PROTOCOLO PARA

INFORMAÇÕES, ESCLARECIMENTOS E RETIRADAS

TUDO ATENDIMENTO É OBRIGATÓRIO APRESENTAR CARTÃO SUS

CÓPIA

**SIA/SUS/RS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE
EXAMES Nº 346748

Protocolo: 2025/1713

EMISSOR ☒ UNIDADE PÚBLICA ☐ SINDICATO ☐ CONSULTÓRIO PARTIC. ☐ AMB. HOSP. PRIVADO ☐ AMB. HOSP. PÚBLICO

Nome do Paciente:

CPF ou CNS:

Telefone:

Data de Nascimento:

Raça: Branca

Sexo: Masculino

Endereço: RUA

31

Município: Canela/RS

Cód. IBGE:

CEP: 95.680-000 Nome da Mãe ou Responsável:

DADOS CLÍNICOS

TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA

CÓPIA

EXAMES OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)

CÓDIGO: 0211020044

DATA AUTORIZAÇÃO
05/02/2025

ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL REQUERENTE

POLEGAR
DIREITODATA EMISSÃO
05/02/2025

ASS. E CARIMBO DO AUTORIZADOR

ENCAMINHADO PARA:

Nome: -

Endereço: ,

Cidade: /

Fone:

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

**SIA/SUS/RS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANELA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE
EXAMES Nº 346748EMISSOR ☒ UNIDADE PÚBLICA ☐ SINDICATO ☐ CONSULTÓRIO PARTIC. ☐ AMB. HOSP. PRIVADO ☐ AMB. HOSP. PÚBLICO

Nome do Paciente:

CPF ou CNS:

Telefone:

Data de Nascimento:

Raça: Branca

Sexo: Masculino

Endereço: RUA

Município: Canela/RS

Cód.

CEP: 95.680-000 Nome da Mãe ou Responsável:

:CH

DADOS CLÍNICOS

TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA

EXAMES OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)

CÓDIGO: 0211020044

DATA AUTORIZAÇÃO
05/02/2025

ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL REQUERENTE

POLEGAR
DIREITODATA EMISSÃO
05/02/2025

ASS. E CARIMBO DO AUTORIZADOR

ENCAMINHADO PARA:

Nome: -

Endereço: ,

Cidade: /

Fone:

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Jorge Alberto Dable
229 944 1479
229 1168 900-49
Cardiologia

URGENTE