

ESERH

**Ministério da Educação
Hospital Universitário de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Serviço Social**

HUSM
Hospital Universitário de Santa Maria



Santa Maria, _____ de _____ de 202_____

Para: Secretaria Municipal de Saúde São Vicente do Sul

SOLICITAÇÃO

Solicitamos a concessão do agendamento do exame PET-CT, anexo a este documento (conforme APAC) para o (a) paciente Maria Luísa Dal Olivo Neto que é assistido (a) na Hemato Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. O referido exame é necessário para auxiliar na continuidade do tratamento do (a) paciente e sua qualidade de vida.

Atenciosamente,

Alissona S. Lemos

Assinatura do Profissional

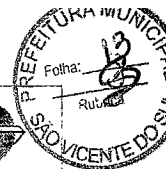
Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Av. Roraima, Prédio 22, Térreo – Campus – UFS.

Telefone: (55) 3213-1880. CXEP: 97105-900 – Santa Maria/RS.



**SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE**

**Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS
Hospital Universitário de Santa Maria**



☐ ACOMPANHAMENTO PÓS TRANSPLANTE
☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
☐ CINTILOGRAFIA
☐ RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

☐ HEMODINÂMICA
☐ ARTERIOGRAFIA
☐ ULTRASSOM TRANSESOFÁGICO
☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO: PÚBLICO

CGC/CNPJ 95.591.764/0014-20

NOME: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

CNES: 2244306

MUNICÍPIO: SANTA MARIA

ESTADO: RS

CEP: 97.105.900

FONE: (55) 3220.8000

SOLICITANTE

NOME: Lauren Rozzuo Stepanon

ESPECIALIDADE: oncologia

NÚMERO CRM: 34376

CARTÃO SUS:

CPF/MF: 00318741041

DATA: 16/07/25

ASSINATURA E CARIMBO

Lauren R. Stepanon
Oncologia Clínica
CRM 34376

PACIENTE

NOME: mo Caendes Dal Otto Hopf

PRONTUÁRIO: 450807-7

DATA DE NASCIMENTO: / /

IDADE:

SEXO: () CPF/MF:

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO:

Nº:

BAIRRO:

ESTADO:

CEP:

FONE: (55) 999516059

MUNICÍPIO:

CARTÃO SUS:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS CLÍNICOS:

Pct com nódulo com realce hepático em ciclo de
meliodiagnóstico por imagem, lesão única. solicitada
PET para avaliação

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: (ANEXAR OS RESULTADOS QUE AUXILIAM NA REALIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO EXAME)

TC

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: neoplasia colar

CID 10: C18.9

EXAME SOLICITADO: PET CT oncológico

CÓDIGO:

AUTORIZAÇÃO

SITUAÇÃO

☐ AUTORIZADO

☐ NÃO AUTORIZADO

DATA: / /

MÉDICO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E CARIMBO:

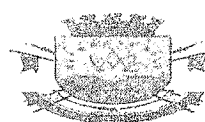
EXAME AUTORIZADO:

CÓDIGO SIA - SUS:

Cod Pac: 225923-1

Cod Prof: 1379-1

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA



Impresso em: 10/07/2025 10:58

Unidade: 78-1 / CAPS AD CAMINHOS DO SOL

Endereço: EUCLIDES DA CUNHA, 1695.

NOSSA SENHORA DAS DORES - SANTA MARIA / RS

Usuário do Serviço: EMANUELLE DE LIMA DOS PASSOS

Idade: 16 ano(s), 5 mês(es) e 8 dia(s)

Sexo: FEMININO

Endereço: R HENRIQUE ALBERTANI, 210

Solicito toxicologia urinária para cannabis e cocaína.

Fátima dos Santos Plein

Psiquiatra

CRM 12879

FATIMA APARECIDA DOS SANTOS PLEIN

CRM 12879

CNS:704203772539489