



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

UIS - SANTO ANTONIO DE POSSE

2 - CNES

2784475

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - SEXO

5 - Nº do Prontuário

6 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)

7 - Data de Nasc.

8 - Raça/Cor

8.1 - Etina

9 - Nome da Mãe

DDD

10 -

Telefone de Contato

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 -

Telefone de Contato

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SANTO ANTONIO DE POSSE

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

3548005

16 - UF

SP

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - Código do Procedimento Principal

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASS. E CARIMBO (Nº REG.DO CONSELHO

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOC. (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOC. (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASS. E CARIMBO (Nº REG.DO CONSELHO

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

____/____/____

____/____/____ a ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Peso: _____

Altura: _____