



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DA PONTE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE(SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO _____ 7 - SEXO _____
 Misc. Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
 DDD _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____ 13 - UF _____ 14 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 17 - QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 20 - QTDE _____

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 _____

JUSTIFICAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 34 - CID 10 PRINCIPAL _____ 35 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

37 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DOCUMENTO _____ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

45 - DOCUMENTO _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____
 / / a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 52 - CNES _____