



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 Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
	16 - UF
	17 - 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.

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
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
---	-----------

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 8 - RAÇA/COR 9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - 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

JUSTIFICATIVA 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 40 - DOCUMENTO 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - Cód. Órgão Emissor 45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

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 _____ 8 - RAÇA/COR _____
Masc. Fem.

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
DDD _____

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - 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 _____

JUSTIFICATIVA 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)