



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO DDD	N° DO TELEFONE
10 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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 (N° REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO		
() CNS () CPF	41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO		
() CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC