



Sistema Único de Saúde
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 Establishment Solicit Name | 2 - CNES 1234567 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 3 - NOME DO PACIENTE Patient Name | 4 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | 5 - Nº DO PRONTUÁRIO 12345 | |
| 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7 | 7 - DATA DE NASCIMENTO 18 / 10 / 2022 | 8 - RAÇA/COR Branca | 8.1 - ETNIA Indigena |
| 9 - NOME DA MÃE Patient Mother Name | 10 - TELEFONE DE CONTATO DDD 5 2 8 6 7 5 8 9 5 7 | | |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL Patient Responsible Name | 12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 5 4 6 5 9 8 1 3 4 5 | | |
| 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Patient Address | | | |
| 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Patient Address City | 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 4528765 | 16 - UF B A | 17 - CEP 8 6 4 2 5 9 1 0 |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|
| 18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Main procedure Name | 20 - QTDE. 4 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|

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 Procedure Justification Description | 37-CID10 PRINCIPAL A98 | 38-CID10 SECUNDÁRIO | 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| 40 - OBSERVAÇÕES | | | |

SOLICITAÇÃO

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42- DATA DA SOLICITAÇÃO | 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| 43 - DOCUMENTO () CNS () CPF | 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) |
| 48 - DOCUMENTO () CNS () CPF | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO 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 |
|-----------------------------------------------------------|-----------|