



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
01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - RAÇA/COR	
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		8.1 - ETNIA	
11 - NOME DO 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

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-CID10 PRINCIPAL	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
-----------------------------------------------------------	-----------