



Estado  
de Santa  
Catarina

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

### 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	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE

### JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

### SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD ORGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
---	------