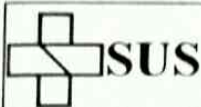


P



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
LAUDO MÉDICO PARA AUTORIZAÇÃO DE EXAME - BPA INDIVIDUALIZADO
SECRETARIA DE SAÚDE

Prontuário N.º:

Identificação da Unidade

Nome

POLICLÍNICA ALVARENGA

CNEB

5809355

Dados do Paciente

Nome

faw Laura do Silveira

*CNS

Data de Nascimento

/ /

Sexo

☐

Masc

☐

Fem

Raça/Cor

☐

Branco

☐

Preto

☐

Pardo

☐

Amarela

☐

Indígena

☐

99

Sem Informação

Nacionalidade

Etnia

CEP

Município

Cód. Logradouro

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Dados da Solicitação

Código do Procedimento

Nome do Procedimento

Amb. corno

* PRIORIDADE

JUSTIFICAR ABAIXO

CNS do Médico

210163465590006

Nome do Médico

CRISTIANE VASCONCELOS LEBEDENCO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

*HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Transpl. de corno OE.

* CID 10

J94

EXAME FÍSICO E COMPLEMENTAR (RESUMO)

PESO:

ALTURA:

EXAME(S) REALIZADO(S) - RESULTADO(S)

*JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO E DA PRIORIDADE P=

0

Por TxA corno OE a 12 anos porém com
reflexo Brn

DATA: 19/10/2015

MÉDICO SOLICITANTE:

Dra. Cristiane Vasconcelos Lebedenco
CRM: 11.185

EXAME AUTORIZADO POR:

UNIDADE QUE REALIZOU O EXAME

DATA

/ /

ASSINATURA DO PACIENTE

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO:

DE
VE
SE
R
P
R
E
E
N
C
H
I
D
O
E
M
2
V
I
A
S