



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 21 / 11 / 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 h k m a u g 3 4 7 s	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL teste procedimento	20 - QTDE. 1
--	---	-----------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO h k m a u g 3 4 7 s	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO teste procedimento	23 - QTDE. 1
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO h k m h s a 3 s 2 3	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO segundo	26 - QTDE. 4
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 A01	39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS A45
40 - OBSERVAÇÕES Procedure Justification Comments			

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Professional Solicit Name	42- DATA DA SOLICITAÇÃO 21 / 11 / 2022	45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Authorization Professional Name	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO 21/11/2022	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 21 / 11 / 2022	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC 21 / 11 / 2022 a 21 / 11 / 2022

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Establishment Exec Name	55 - CNES 7 6 5 4 3 2 1
--	----------------------------