fls.1/2

SUS

Ministério Sistema Único de da Saúde

Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	-2 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
3 - NOME DO PACIENTE	4 - SEXO5 - № DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO 8 - RAÇA/COR 8.1 - ETNIA
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	DDD N° DO TELEFONE DE CONTATO
13 - ENDEREÇO (RUA, №, BAIRRO)	DDD N° DO TELEFONE
—14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA——15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO—16 - UF——17 - CEP——17 - CEP——18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO—18 - UF——17 - CEP——18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO—18 - UF——18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO—19 - UF——18 - UF——18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO—19 - UF——19 - CEP——19 - COD. IBGE MUNICÍPIO—19 - UF——19 - CEP——19 - COD. IBGE MUNICÍPIO—19 - UF——19 - CEP——19 - COD. IBGE MUNICÍPIO—19 - UF——19 - CEP——19 - C	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
PROCEDIMENTO(S)	<u> </u>
	IOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 23 - QTDE.
	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 26 - QTDE. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - QTDE.
	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	IOME 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	
SOLICIT	
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE— 43 - DOCUMENTO 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE—	-42-DATA DA SOLICITAÇÃO - 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
() CNS () CPF AUTORIZ	
AUTORIZ	-AÇAO 52 - № DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR————————————————————————————————————	7 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO	NAL AUTORIZADOR————————————————————————————————————
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO	DO CONSELHO) 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / a / /
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)	
55 - CNES	