



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

Instituto de Olhos de Águas Lindas

2 - CNES

3122468

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

CARLOS ANTONIO DE ALCANTARA VASCONCELOS

4 - SEXO

Mas. ☒ Fem. ☐

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 8 7 0 1 1 8 6 6 4 3 8 9 0

7 - DATA DE NASCIMENTO

10 / 01 / 1950

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

JOANA DE ALCANTARA VASCONCELOS

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 6 1 8 2 7 1 8 4 7 4

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

QD 23 CASA 29 JARDIM BARRAGEM IV

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ÁGUAS LINDAS

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

G O

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0 3 0 3 0 5 0 0 1 2

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

0 3 0 3 0 5 0 0 4 7

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

Tratamento 2ª linha

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

Glaucoma

37-CID10 PRINCIPAL 38-CID10 SECUNDÁRIO 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

H.40-1

40 - OBSERVAÇÕES

Pcte c/ diagnóstico de Glaucoma

Pcte veio p/ nova avaliação e pegar colírios

PIO OD: 15 mmhg

OE: 13 mmhg

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. André Soares

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

07 / 12 / 2020

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS (X) CPF

8 1 7 8 6 6 0 3 1 8 7

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

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