

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR  
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

HISTÓRIA CLÍNICA

## SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES