

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

60122

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:	Cod. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Autorizador:	Op. Videofonista:
COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL	6208398	REGULADOR.NSF	REGULADOR.NSF	

UNIDADE EXECUTANTE

<b>Nome:</b>	<b>Cod. CNES:</b>		
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	2593262		
<b>Endereço:</b>	<b>Número:</b>	<b>Complemento:</b>	<b>Bairro:</b>
DR ORESTES LISBOA	S/N	---	PEDRO GONDIM
<b>Telefone:</b>	<b>CEP:</b>	<b>Município:</b>	
<a href="tel:832187775">83 2187775</a>	58031-090	JOAO PESSOA - PB	
<b>Profissional Executante:</b>	<b>Data e Horário de Atendimento:</b>		
JOSE RODRIGUEZ ZORRILLA NETO	<b>TER • 26/11/2024 • 12:00hrs</b>		

DADOS DO PACIENTE

CNS:		Nome:		Nome Social / Apelido:			
704604133525223		IARACI BENTO RIBEIRO		---			
Nome da Mae:		Sexo:		Data Nascimento:		Idade:	
JOSEFA DAS DORES DE SOUZA		FEMININO		19/05/1958		66 anos	
Tipo Sanguíneo:		Raça:					
---		PARDA					
Nacionalidade:		Naturalidade:					
BRASILEIRA		NAZARE DA MATA - PE					
Tipo de Logradouro:		Nome do Logradouro:		Número:		Complemento:	
RUA		DAS JACOBINAS		181		---	
Bairro:		Município de Residencia:		CEP:			
MANGABEIRA		JOAO PESSOA - PB		58059-732			
Telefone(s):							
(83) 98779-9391		(Exibir Lista Detalhada)					

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Data de Solicitação:	Data de Aprovação:	Vaga Solicitada:	Vaga Consumida:
571189261	21/11/2024	21/11/2024	1ª Vez	1ª Vez
CPF Profissional Solicitante:	Profissional Solicitante:			
---	REGPB			
Diagnóstico Inicial:	CID:		Classificação de Risco:	
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS ESPECIFICADOS	R688		AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO	
Procedimentos Autorizados:	Cod. Unificado:		Cod. Interno:	
CONSULTA EM ORTOPEDIA - JOELHO	0301010072		0016009	

Data da Extração dos Dados: 21/11/2024 11:28:42