

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

96276

UNIDADE SOLICITANTE

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

UNIDADE EXECUTANTE

| | | | |
|--|----------------|---------------------------------------|-------------------|
| Nome: | | Cod. CNES: | |
| HOSPITAL EDSON RAMALHO | | 2400324 | |
| Endereço: | Número: | Complemento: | Bairro: |
| EUGENIO DE LUCENA NEIVA | S/N | --- | JARDIM 13 DE MAIO |
| Telefone: | CEP: | Município: | |
| 83 32187988 | 58020-388 | JOAO PESSOA - PB | |
| Profissional Executante: | | Data e Horário de Atendimento: | |
| GERALDO CAMILO NETO | | TER • 18/02/2025 • 08:00hrs | |

DADOS DO PACIENTE

| | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------|---------------------|
| CNS: | Nome: | Nome Social / Apelido: | |
| 709009841712618 | DANIELLY MABEL FORMIGA LEITE DE ALMEIDA | --- | |
| Nome da Mae: | Sexo: | Data Nascimento: | Idade: |
| JOSEFA FORMIGA LEITE | FEMININO | 20/04/1981 | 43 anos |
| Tipo Sanguíneo: | Raça: | | |
| --- | BRANCA | | |
| Nacionalidade: | Naturalidade: | | |
| BRASILEIRA | POMBAL - PB | | |
| Tipo de Logradouro: | Nome do Logradouro: | Número: | Complemento: |
| QUINTA | CAPITAO LINDOLFO | 135 | --- |
| Bairro: | Município de Residencia: | CEP: | |
| CENTRO | POMBAL - PB | 58840-000 | |
| Telefone(s): | | | |
| --- | | | |

DADOS DA SOLICITAÇÃO

| | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Código da Solicitação: | Data de Solicitação: | Data de Aprovação: | Vaga Solicitada: | Vaga Consumida: |
| 582076677 | 31/01/2025 | 31/01/2025 | 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 CIRURGIA GERAL - BARIATRICA | 0301010072 | 0005005 | | |

Data da Extração dos Dados: 31/01/2025 14:45:47