

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

14689

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 DE CLINICAS DE CAMPINA GRANDE |           | 0220337             |          |
| Endereço:                              | Número:   | Complemento:        | Bairro:  |
| SIQUEIRA CAMPOS                        | 605       | ---                 | SAO JOSE |
| Telefone:                              | CEP:      | Município:          |          |
| ---                                    | 58400-453 | CAMPINA GRANDE - PB |          |

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| Profissional Executante:   | Data e Horário de Atendimento: |
| IVO MARQUIS BESERRA JUNIOR | QUA • 23/04/2025 • 08:00hrs    |

DADOS DO PACIENTE

|                               |                             |                        |              |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------|
| CNS:                          | Nome:                       | Nome Social / Apelido: |              |
| 707004860389338               | WILLIANA DA SILVA FERNANDES | ---                    |              |
| Nome da Mãe:                  | Sexo:                       | Data Nascimento:       | Idade:       |
| MARIA JOSE DA SILVA FERNANDES | FEMININO                    | 11/06/1989             | 35 anos      |
| Tipo Sanguíneo:               | Raça:                       |                        |              |
| ---                           | PARDA                       |                        |              |
| Nacionalidade:                | Naturalidade:               |                        |              |
| BRASILEIRA                    | ALHANDRA - PB               |                        |              |
| Tipo de Logradouro:           | Nome do Logradouro:         | Número:                | Complemento: |
| AVENIDA                       | NOSSA SENHORA APARECIDA     | 11                     | ---          |
| Bairro:                       | Município de Residência:    | CEP:                   |              |
| LOTEAMENTO SANTA MARTA        | CONDE - PB                  | 58322-000              |              |

Telefone(s):  
[\(83\) 99336-7462 \(Exibir Lista Detalhada\)](tel:(83)99336-7462)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

|                        |                      |                    |                  |                 |
|------------------------|----------------------|--------------------|------------------|-----------------|
| Código da Solicitação: | Data de Solicitação: | Data de Aprovação: | Vaga Solicitada: | Vaga Consumida: |
| 595986356              | 16/04/2025           | 16/04/2025         | 1ª Vez           | 1ª Vez          |

|                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| CPF Profissional Solicitante: | Profissional Solicitante: |
| ---                           | REGBPB                    |

|   |      |                            |
|---|------|----------------------------|
| 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 DE CABECA E PESCOCO - GERAL - PPI | 0301010072      | 0703501       |

PREPARO PARA O PROCEDIMENTO

0301010072 - CONSULTA EM CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO - GERAL - PPI

&NBSP;