

(210 X 305 mm - 50g/m²)



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

2023
a2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 7 - SEXO Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____
DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - QTDE. _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____	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 _____ 37-CID10 PRINCIPAL _____ 38-CID10 SECUNDÁRIO _____ 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - COD. 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 _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____