



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - SEXO ☐ Mas. ☐ Fem. \_\_\_\_\_ 5 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 7 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_ 9 - ETNIA \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - Cód. 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 \_\_\_\_\_ 43 - 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 - Cód. 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 \_\_\_\_\_