fls.1/2

## SUS

Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE——2 - CNES——2 - CNES—2 - CNE	
~	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  3 - NOME DO PACIENTE	4 - SEXO 5 - N° DO PRONTUÁRIO
O NOME SO MOLENTE	Mas. Fem.
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - RAÇA/COR——8.1 - ETNIA—
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO
9- NOINE DA INAL	DDD N° DO TELEFONE
—11 - NOME DO RESPONSÁVEL——12 - TELEFONE DE CONTATO—  DDD N° DO TELEFONE  N° 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 — 20 - QTDE. — 20 -	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCI	Z0 - Q1DE.
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)  22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO 22 - NOME DO	IDÁRIO23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUN	IDÁRIO 26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	IDÁRIO29 - QTDE
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	IDÁRIO 32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUN	IDÁRIO 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———————————————————————————————————	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
( ) CNS ( ) CPF	
AUTORIZAÇÃO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	–––––––––––––––––––––––––––––––––––––
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR—	
( ) CNS ( ) CPF	
_50-DATA DA AUTORIZAÇÃO _ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
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