Sistema Ùnico de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 – NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA – HOSPITAL DAS CLINÍCAS DA F.M.U.S.P

2-CNES: 2078015

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 DDD Nº DO TELEFONE

11 – NOME DO RESPONSÁVEL

12 – TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 – ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

CARÁTER DE ATENDIMENTO

( ) 01 – ELETIVO ( ) 02 – URGÊNCIA ( ) 03 – ACIDENTE NO LOCAL DE TRAB. OU A SERV. EMPR

( ) 04 – ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 05 – OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO ( ) 06 – OUTROS TIPOS DE LESÕES / ENV. POR AGENTE.Q / F

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

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 ( ) CNS ( ) CPF

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

AUTORIZAÇÃO

46 – NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47-CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 – Nº DA AUTORIZAÇÃO

48-DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49-Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 – DATA DA AUTORIZAÇÃO

51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53-PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54-NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA – HOSPITAL DAS CLINICAS DA F.M.U.S.P

54-CLÍNICA

55 -CNES: 2078015

_____
CARIMBO/ASSINATURA – CONSELHO REGIONAL (Responsável pelo atendimento)

DATA DE REALIZAÇÃO : _____/_____/_____