



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO EM EMERGÊNCIA/INTERNAÇÃO

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 _____ IDADE _____
 Masc Fem

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

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

8 - RAÇA/COR _____

TABELA DE RAÇA/COR	CARATER ATENDIMENTO	CÓD
01 - BRANCA	<input type="checkbox"/>	01 EFETIVO
02 - NEGRA		02 URGÊNCIA
03 - PARDA		03 ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - AMARELA		04 ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - INDÍGENA		05 OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
99 - SEM INFORMAÇÃO		06 OUTROS TIPO DE LESÕES OU ENVENENAMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

TOMOGRAFIA TORAX P.A. PAAF ECOCARDIOGRAMA CINTILOGRAFIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20 - 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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ CBO PROFISSIONAL _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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

LAUDO

56 - NOME DO PROFISSIONAL _____ CBO PROFISSIONAL _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____

57 - DOCUMENTO _____ 58 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL _____

() CNS () CPF

40 - OBSERVAÇÕES _____