

**APAC - LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL****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 NASCIMENTO: | 7 - SEXO: | |
| | | MASCULINO FEMININO | |
| 8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: | DDD: | 9 - Nº DO TELEFONE PARA CONTATO: | |
| 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): | | | |
| 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: | 12 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: | 13 - UF: | 14 - CEP: |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|--|--------------------------------------|------------------|
| 15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: | 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: | 17 - QUANTIDADE: |
|--|--------------------------------------|------------------|

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| | | |
|---|---------------------------------------|------------------|
| 18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 20 - QUANTIDADE: |
| 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 23 - QUANTIDADE: |
| 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 26 - QUANTIDADE: |
| 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 29 - QUANTIDADE: |
| 30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: | 32 - QUANTIDADE: |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: | 34 - CID10 PRINCIPAL: | 35 - CID10 SECUNDÁRIO: | 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|

| |
|-------------------|
| 37 - OBSERVAÇÕES: |
|-------------------|

SOLICITAÇÃO

| | | |
|--|--|--|
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: | 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: | 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): |
| 40 - DOCUMENTO: | 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: | |
| CNS CPF | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: | 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): |
| 45 - DOCUMENTO: | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: | |
| CNS CPF | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): | 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: |
| | | A |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

| | |
|--|------------|
| 51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: | 52 - CNES: |
|--|------------|