



Sistema
Único 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
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE POTIM

2 - CNES
4 | 0 | 4 | 9 | 2 | 4 | 1

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 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
POTIM

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
3540754

13 - UF
SP

14 - CEP
12525-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO

17 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
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

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

30 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

31 - CID 10

32 - CID 10

33 - CID 10

34 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

37 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO)

38 - DOCUMENTO
☒ CNS

39 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO
☐ CNS ☐ CPF

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

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - PERÍODO DE VALIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

48 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

49 - CNES