SUS — 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: UNACON - FUNDAÇÃO DE SAÚDE DILSON DE QUADROS GODINHO

2 - CNES: 2219646

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE:

4 - SEXO: Mas. [] Fem. []

5 - Nº DO PRONTUÁRIO:

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

7 - DATA DE NASCIMENTO: / /

8 - RAÇA/COR:

8.1 - ETNIA:

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:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	20 - QTDE.
	RESSONANCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	

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.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	37-CID10 PRINCIPAL	38-CID10 SECUNDÁRIO	39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
NEOPLASIA DO PULMAO	C34		

40 - OBSERVAÇÕES:

PACIENTE COM QUADRO DE LOMBALGIA CRONICA, PÓS OPERATÓRIO DE HERNIA DE DISCO PERSISTINDO COM QUADRO ÁLGICO IRRADIANDO PARA MEMBROS INFERIORES.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Leandro Froes Batista

42-DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

43 - DOCUMENTO: (✔) CNS () CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 7 0 5 0 0 6 6 7 0 7 1 6 0 5 8

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): / /

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:

55 - CNES: