



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

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
ANA LUISA LOPES XAVIER

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
0 2 0 7 0 1 0 2 6 4

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
RESSONANCIA DE CRANIO

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

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
LESAO INTRACRANIANA

37-CID10 PRINCIPAL
C71

38-CID10 SECUNDÁRIO

39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES
**PACIENTE EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL PÓS CIRURGIA DE TUMOR CEREBRAL
NECESSITANDO CONTROLE RADIOLÓGICO COM RM PARA SEGUIMENTO E
PROGRAMAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO , AFASTAR RECIDIVA E EVOLUÇÃO
TUMORAL;**

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
LEANDRO FROES BATISTA

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

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