



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<br><b>HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</b> | 2 - CNES<br><b>2149990</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                       |  |                                                                         |                      |
|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 3 - NOME DO PACIENTE<br><b>NOME DO PACIENTE *****</b> |  | 4 - SEXO<br>Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | 5 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                    |  | 7 - DATA DE NASCIMENTO                                                  | 8 - RAÇA/COR         |
| 9 - NOME DA MÃE                                       |  | 8.1 - ETNIA                                                             |                      |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL                              |  | 10 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD Nº DO TELEFONE                          |                      |
| 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                       |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD Nº DO TELEFONE                          |                      |
| 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                          |  | 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                | 16 - UF              |
|                                                       |  | 17 - CEP                                                                |                      |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                       |                                                                    |            |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br><b>TOMOGRAFIA DE CRÂNIO</b> | 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<br><b>TRAUMATISMO INTRACRANIANO</b> | 37-CID10 PRINCIPAL<br><b>S069</b> | 38-CID10 SECUNDÁRIO | 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------------|

40 - OBSERVAÇÕES

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMATISMO INTRACRANIANO APRESENTANDO SINAIS DE ALARME E RISCO AUMENTADO PARA LESÕES INTRACRANIANAS, COM INDICAÇÃO DE EXAME DE NEUROIMAGEM.

## SOLICITAÇÃO

|                                                                       |                                                                                                 |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><b>LEANDRO FROES BATISTA</b> | 42- DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                         | 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) |
| 43 - DOCUMENTO<br>(✓) CNS ( ) CPF                                     | 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><b>7 0 5 0 0 6 6 7 0 7 1 6 0 5 8</b> |                                                   |

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                         |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                 | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)         |
| 48 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF     | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                                       |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO               | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  | 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC<br>a |

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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