

SUS 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

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

6 - DATA DE NASCIMENTO

01/11/66

9 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

DDD

9 2 2 1 5 8 7 9 9

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7008069711458091

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

610

13 - UF

14 - CEP

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0205010032

Ecodoplercardiograma

17 - QTDE

1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

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

34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

HAS

37 - OBSERVAÇÕES

Paciente com aumento de cavidade cardíaca visualizada em ecocardiograma complementar.

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/03/24

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alessandro F. de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM GO 14 86215-1

40 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

627811872125

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

52 - CNES