



SUS

Estado de Santa Catarina
Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

U. S. Central de Bom Jardim da Serra

2 - CNES

2 | 3 | 0 | 0 | 9 | 2 | 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Masc.

Fem.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Jardim da Serra

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

4 2 0 2 5 0

16 - UF

S | C

17 - CEP

8 | 8 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTDE

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAME COMPLEMENTARES REALIZADOS

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD ORGÃO EMISSOR

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS () CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO

PERÍODO DE VALIDADE (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES