



SUS



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROCESSADOS ATRAVÉS DO BPA-I

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

Masc

Fem.

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

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

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

ASSINATURA E CARIMBO

DOCUMENTO

NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

() CNS

() CPF

NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO

DATA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES