



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL



MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE DA SAÚDE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	
	/ /	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
	DDD		
10 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
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

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADOS(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID 10 PRINCIPAL	35 - CID 10 SECUNDÁRIO	36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES SOLICITAÇÃO			

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
	/ /	
40 - DOCUMENTO	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)	
() CNS () CPF		

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)	
() CNS () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA (APAC)
/ /		/ / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME DE FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - DNES
	/ /

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DADOS COMPLEMENTARES**
1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

53 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

54 - CID. 10 TOPOGRAFIA

55 - LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO AVALIÁVEIS

56 - LOCALIZAÇÃO DE METASTASE(S)

57 - ESTÁDIO (UICC)

58 - ESTÁDIO (OUTRO SISTEMA)

59 - GRAU HISTOPATOLÓGICO

60 - DIAGNÓSTICO CITO/HISTOPATOLÓGICO

61 - DATA / /

1.1 QUIMIOTERAPIA

62 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	63 - DESCRIÇÃO	64 - DATA DE INÍCIO
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

65 - CONTINUIDADE DE TRATAMENTO ☐ SIM ☐ NÃO

66 - DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO / /

67 - ESQUEMA (SIGLA OU ABREVIATURA)

68 - Nº TOTAL DE MESES PLANEJADOS

69 - Nº TOTAL DE MESES AUTORIZADOS

1.2 RADIOTERAPIA

70 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	71 - DESCRIÇÃO	72 - DATA DE INÍCIO
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

73 - CONTINUIDADE DE TRATAMENTO ☐ NÃO ☐ SIM

74 - DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO SOLICITADO / /

75 - FINALIDADE ☐ RADICAL ☐ ADJUVANTE ☐ ANTIÁLGICA ☐ PALIATIVA ☐ PRÉVIA ☐ ANTIHEMORRÁGICA

76 - CID TOPOGRÁFICO

77 - DESCRIÇÃO

78 - Nº CAMPO/INCERÇÕES

79 - DATA DE INÍCIO / /

80 - DATA DE TÉRMINO / /

2 - NEUROLOGIA

81 - PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA / /

ALTURA m

IMC(Kg/m²)

PESO Kg

DIURESE ml

GLICOSE mg/dl

ALBUMINA %

Hb 9%

ACESSO VASCULAR ☐ SIM ☐ NÃO

aa HIV ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

aa HCV ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

Hbs Ag ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL ☐ SIM ☐ NÃO

82 - SEGUIMENTO

TRU ☐

INSCRITO NA LISTA DA CNCDO ☐ SIM ☐ NÃO

Hb 9%

aa HIV ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

aa HCV ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

ALBUMINA 9%

Hbs Ag ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

INTERCENÇÃO DE FISTOLA QTD

SOLICITAÇÃO
AUTORIZAÇÃO

83 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

84 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR