



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **UBS FIORI**
Rua André Manoel, S/N - Vl. Olímpia
Tel.: 3235.7171 - CNES 2055678

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **Jose Diano Neto**
4 - SEXO: ☐ Mas. ☐ Fem.
5 - Nº DO PRONTUÁRIO:
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
7 - DATA DE NASCIMENTO: **/ /**
8 - RAÇA/COR:
9 - NOME DA MÃE:
10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:
16 - UF:
17 - CEP:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **RNM C/ Toracica c/ sedação**
20 - QTDE: **01**

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: **Discopatia Deg?**
37 - CID10 PRINCIPAL: **M51.3**
38 - CID10 SECUNDÁRIO:
39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
40 - OBSERVAÇÕES:
Pete c/ Aust cx coluna em 2003, relata que em RNM de 2014 evidenciou discop. deg. e ruído piora da dor nos últimos meses

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Haime Harada Dantas**
42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **24/07/24**
43 - DOCUMENTO: **CNS 703007862187578**
44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Haime Harada Dantas**
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): **Médica - CRM/SP 238.359**

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: **CNS 703007862187578**
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **/ /**
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: **a / /**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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



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

UBS FIORI

Rua André Manoel, S/N - Vl. Olímpia
Tel.: 3235.7171 - CNES 2055678

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jose Diana Neto

4 - SEXO

Mas. ☐ Fem. ☐

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

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

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

RNM C Cervical c/ Redação

01

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

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Discoartropatia Degenerativa?

M51.3

40 - OBSERVAÇÕES

Pete c/ hist ex colone em 2003, relata que em RNM de 2017 evidenciou discoartropatia degenerativa, relata piora de dor nos últimos meses

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Haime Harada Dantas

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/07/24

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

Médica CRM/SP 238.359

Haime Harada Dantas

Médica CRM/SP 238.359

CNS () CPF

CNS 703007862187678

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES