

PESO =

ALTURA =



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 CARANDÁ

2 - CNES

9 | 1 | 8 | 8 | 3 | 0 | 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Mariane Atany Rosa Cavalcanti Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

90901

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 4 | 4 | 0 | 2 | 8 | 0 | 5 | 6 | 7

6 - DATA DE NASCIMENTO

20 / 06 / 1996

Masc. ☐

7 - SEXO

Fem. ☒

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Carmo Rosa

9 - TELEFONE DE CONTATO

1 | 5 | 9 | 9 | 8 | 0 | 8 | 9 | 9 | 8 | 8

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSE LIMA DUARTE, 43 CONDOMINIO AROIERA - BL 5B APTO 104

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SOROCABA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

3552205

13 - UF

14 - CEP

1 | 8 | 0 | 7 | 3 | 1 | 0 | 6

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0 | 2 | 0 | 6 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR COM SEDACÃO

17 - QTDE

01

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) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

LIDOPOLIPOMA

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

DOE POLIPOMA RENAL, BOMAS MAM

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ROBERTO CAETANO DE ARAUJO

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/11/2014

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Roberto Caetano de Araújo
Médico
CRM-SP 260056

40 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

7 | 0 | 9 | 7 | 0 | 3 | 0 | 8 | 8 | 4 | 8 | 2 | 5 | 9 | 0

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES

PESO =

ALTURA =



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 CARANDÁ** 2 - CNES: **9188304**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **Mariane Atany Rosa Cavalcanti Silva** 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: **90901**
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **700601440280567** 6 - DATA DE NASCIMENTO: **20/06/1996** 7 - SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem.
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Maria do Carmo Rosa** 9 - TELEFONE DE CONTATO: **15998089828**
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **RUA JOSE LIMA DUARTE, 43 CONDOMINIO AROIERA - BL 5B APTO 104**
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **SOROCABA** 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **3552205** 13 - UF: **1** 14 - CEP: **18073106**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0206010010** 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO** 17 - QTDE: **01**

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) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Carvi col gin** 34 - CID10 PRINCIPAL: **M54** 35 - CID10 SECUNDÁRIO: 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
37 - OBSERVAÇÕES: **DORE MOMENTO NA REGIÃO CERVICAL E REDUÇÃO DO AMP DO BRACOS**

SOLICITAÇÃO

381 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **ROBERTO CAETANO DE ARAUJO** 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **14/11/24** 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): **Dr. Roberto Caetano de Araujo Médico CRM-SP 260056**
40 - DOCUMENTO: ☒ CNS ☐ CPF 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **709703088482590**

AUTORIZAÇÃO

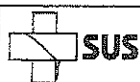
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):
45 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: **a /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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 52 - CNES:

PESO =

ALTURA =



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 CARANDÁ

2 - CNES

9 | 1 | 8 | 8 | 3 | 0 | 4

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Mariane Atany Rosa Cavalcanti Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

90901

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 | 0 | 0 | 6 | 0 | 1 | 4 | 4 | 0 | 2 | 8 | 0 | 5 | 6 | 7

6 - DATA DE NASCIMENTO

20 / 06 / 1996

Masc. ☐

7 - SEXO

Fem. ☒

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Carmo Rosa

9 - TELEFONE DE CONTATO

1 | 5 | 9 | 9 | 8 | 0 | 8 | 9 | 6 | 2 | 8

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSE LIMA DUARTE, 43 CONDOMINIO AROIERA - BL 5B APTO 104

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SOROCABA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

3552205

13 - UF

14 - CEP

1 | 8 | 0 | 7 | 3 | 1 | 0 | 6

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0 | 2 | 0 | 6 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 7

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TOMOGRAFIA DE PELVE COM SEDAÇÃO

17 - QTDE

01

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) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

HIPERTENSÃO

34 - CID10 PRINCIPAL

35 - CID10 SECUNDÁRIO

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

DOE ROLICA RENAL, ODONTOMIA

SOLICITAÇÃO

381 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ROBERTO CAETANO DE ARAUJO

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14 / 11 / 25

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

Dr. Roberto Caetano de Araujo
Médico
CRM-SP 260056

40 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

7 | 0 | 9 | 7 | 0 | 3 | 0 | 8 | 8 | 4 | 8 | 2 | 5 | 9 | 0

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES