



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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. Fem. 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 _____ 20 - QTDE _____

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 - CID 10 PRINCIPAL _____ 38 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 43 - DOCUMENTO _____ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - Cód. Órgão Emissor _____ 48 - DOCUMENTO _____ 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 _____

() CNS () CPF

_____ a _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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