



## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

### 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<br>Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> |
| 9 - NOME DA MÃE                    |                          | 8 - RAÇA/COR                            |  |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL           |                          | 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE |  |
| 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)    |                          | 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE |  |
| 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA       | 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO | 16 - UF                                 | 17 - CEP   |

### 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 |                  |                   |                          |
| EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS  |                  |                   |                          |
| JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO     |                  |                   |                          |

### SOLICITAÇÃO

|                                  |                               |                      |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | DATA DA SOLICITAÇÃO           | ASSINATURA E CARIMBO |
| DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF        | NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) |                      |

### AUTORIZAÇÃO

|                                  |                               |                              |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | COD ORGÃO EMISSOR             | NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) |
| DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF        | NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) |                              |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO              | ASSINATURA E CARIMBO          | PERÍODO DE VALIDADE DA APAC  |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

|   |      |
|---|------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | CNES |
|---|------|