

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

PACIENTE EM SITUAÇÃO DE
RUA? Sim ☐ Não ☐

CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF) OU CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

* DADOS DO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

DATA DO DIAGNÓSTICO

CID 10

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
		DATA DE INÍCIO DATA DO FIM
		à

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES