



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: ESF - Sibipiruna 2 - CNES: 691551002

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE: Maria Eunice de Cavalho 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 10101051810303395 6 - DATA DE NASCIMENTO: 16/06/1966 7 - SEXO: Masc.  Fem.   
 8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Idalina da Conceição Veloso de Cavalho 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 67 999 9504 44  
 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): travessa Sonora, 66  
 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Chapadão do Sul 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: MS 99151610000 13 - UF: MS 14 - CEP: 79151610000

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: USG doppler mm II direito 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: Sauzes membros inferiores 34 - CID10 PRINCIPAL: I83 35 - CID10 SECUNDÁRIO: \_\_\_\_\_ 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_  
 37 - OBSERVAÇÕES: Do, claudicações, varizes

**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Silvia Letícia dos Santos 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/09/2022 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):  
 40 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF: 79495400104 41 - 1º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
 Dra. Silvia Letícia Santos  
 Clínica Médica CRM-MS 1.2443

**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: \_\_\_\_\_