

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

Ret. cl. ex.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: IRMANDADE DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS

2 1 2 9 4 6 9

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Abdias Joaquim dos Reis

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 3080

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 0 6 0 7 9 1 4 2 7 4 3 3

6 - DATA DE NASCIMENTO: 10/08/1966

7 - NOME DA MÃE: ANGELA DE

8 - RACACOR:  Branco  Preto  Pardo  Amarelo  Indígena

9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Assis Figueiredo 794 até 1106, 1557

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: POCOS DE CALDAS

11 - CÓDIGO MUNICIPAL: 315780

12 - UF: MG

13 - CEP: 31717-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

14 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 2 1 0 6 0 3 0 0 1 1 0

15 - NOME DO PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

16 - QUANTIDADE: 1

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

18 - NOME DO PROCEDIMENTO:

19 - QUANTIDADE:

20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

21 - NOME DO PROCEDIMENTO:

22 - QUANTIDADE:

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

23 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: NEOPLASIA MALIGNA DA PROSTATA

24 - RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO: POT PROSTATECTOMIA RADICAL, COM DOR ABDOMINAL HIPOGÁSTRICA

25 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: POT PROSTATECTOMIA RADICAL, COM DOR ABDOMINAL HIPOGÁSTRICA

26 - JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: POT PROSTATECTOMIA RADICAL, COM DOR ABDOMINAL HIPOGÁSTRICA

URGÊNCIA  
PRIORIDADE  
ONCOLOGIA

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Guilherme Scannapieco Zambone

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/11/2022

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 3 3 6 2 8 1 5 1 8 9 9

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: Dr. Guilherme S. Zambone, Urologista, CRM - MG 000000

AUTORIZAÇÃO

31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: ANTONIO AUGUSTO CONDE PIRES

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1 9 4 7 9 9 0 5 6 0 4

33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: AUTORIZADO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 18/11/22

35 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: 30 dias

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

36 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: IRMANDADE DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS

37 - CINES: 2 1 2 9 4 6 9