

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MEIO DE BPA - I

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

| | |
|--|------|
| Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante | CNES |
| Nome do Estabelecimento de Saúde Executante | CNES |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | | | |
|--|--------|-------------------------|--|----------|---------------------|---------------|--|
| Nome do Paciente | | | | Apelido | | Nº Prontuário | |
| Cartão Nacional de Saúde (CNS) | CPF | Data de Nascimento | Sexo | Raça/Cor | | Etnia | |
| | | | Masc <input type="checkbox"/> 1 Femin <input type="checkbox"/> 3 | | | | |
| Nome da Mãe | | | | DDD | Telefone de Contato | | |
| Nome do Responsável | | | | DDD | Telefone de Contato | | |
| Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) | | | | | | | |
| Nº | Bairro | Município de Residência | Código IBGE do Município | | UF | CEP | |
| Ponto de Referência | | Documento | <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado | | | | |
| | | Nº | | | | | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------|
| Código do Procedimento Principal | Nome do Procedimento Principal | QTDE |
|----------------------------------|--------------------------------|------|

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Descrição do Diagnóstico | | |
| CID 10 Principal | CID 10 Secundário | CID 10 Causas Associadas |
| Resumo da Anamnese e Exame Físico | | |
| Justificativas | | |

SOLICITAÇÃO

| | |
|--|---|
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | |
| Nº do CNS do Profissional Solicitante/Assistente | Nº do Conselho de Classe |
| Data da Solicitação | Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº do Conselho de Classe |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|
| Nome do Profissional Autorizador | | Nº do Conselho de Classe |
| Nº do CNS do Profissional Autorizador | Código do Órgão Emissor | Nº da Autorização |
| Data da Autorização | Assinatura do Autorizador/Carimbo/Registro do Conselho de Classe | |