



|   |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
|---|--------|---|---------------------------------|------------------|--------------------------------|--|----------|--------------------------|-------|
|  |        | <b>SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA</b><br><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE</b><br><b>PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS</b> |                                 |                  |                                |   |          | <b>FOLHA</b><br>1/5      |       |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>                                  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante                                      |        |   |                                 |                  |                                | CNES   |          |                          |       |
| Nome do Estabelecimento de Saúde Executante                                       |        |   |                                 |                  |                                | CNES   |          |                          |       |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| Nome do Paciente  |        |   |                                 |                  | Apelido                        |  |          | Nº Prontuário            |       |
| Cartão Nacional de Saúde (CNS)  |        |   | Data de Nascimento              |                  | Sexo                           |  | Raça/Cor |                          | Etnia |
|   |        | Masc  |                                 | 1                | Femin                          | 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       |                          |       |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| Código do Procedimento Principal  |        |   | Serviço                         | Classificação    | Nome do Procedimento Principal |  |          | QTDE                     |       |
| <b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| 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                     |       |
| <b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>                          |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| Diagnóstico Inicial   |        |   |                                 | CID 10 Principal |                                | CID 10 Secundário  |          | CID 10 Causas Associadas |       |
| Observações   |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| <b>SOLICITAÇÃO</b>  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| 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   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| Nome do Profissional Autorizador  |        |   |                                 |                  |                                |  |          | Nº do Conselho de Classe |       |
| Nº do CNS do Profissional Autorizador   |        |   | Código do Órgão Emissor         |                  |                                | Nº da APAC (Espaço Reservado para Colar a Etiqueta)  |          |                          |       |
| Tipo de Autorização   |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| 2   |        | APAC GERAL  |                                 | 4                |                                | APAC CNRAC   |          | 6                        |       |
|   |        |   |                                 |                  |                                |  |          | APAC C. ELETIVA          |       |
| Status da Autorização   |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |
| 1   |        | AUTORIZADO  |                                 | 2                |                                | REJEITADO  |          | 3                        |       |
|   |        |   |                                 |                  |                                |  |          | CANCELADO                |       |
| Data da Autorização   |        |   | Período de Validade da APAC     |                  |                                |  |          |                          |       |
|   |        |   | a                               |                  |                                |  |          |                          |       |
| Assinatura do Autorizador/Carimbo/Registro do Conselho de Classe                  |        |   |                                 |                  |                                |  |          |                          |       |