



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7 - SEXO Masc.  Fem.  8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ COD ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO \_\_\_\_\_ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_