



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROCESSADOS ATRAVÉS DO BPA-I

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 DDD _____ Nº DO TELEFONE _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO DDD _____ Nº DO TELEFONE _____

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 _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DE SOLICITAÇÃO ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO _____

DOCUMENTO _____ NÚMERO DO (CNS/CPF) _____

() CNS () CPF _____

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ COD ORGÃO EMISSOR _____ ASSINATURA E CARIMBO _____

DOCUMENTO _____ NÚMERO DO (CNS/CPF) _____

() CNS () CPF _____

NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO _____ DATA AUTORIZAÇÃO ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____