



Estado de Santa Catarina  
Ministério da Saúde

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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago / UFSC

2 - CNES: 3 | 1 | 5 | 7 | 2 | 4 | 5

### 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 0   2   0   8   0   2   0   0   7   1	NOME DO PROCEDIMENTO Cintilografia para estudo de trânsito gástrico	QTDE 01
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: ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

NÚMERO DO (CNS/CPF): \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

COD ORGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

NÚMERO DO (CNS/CPF): \_\_\_\_\_

NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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

CNES: \_\_\_\_\_