



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. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO 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   7   0   3   0   0   1   4	NOME DO PROCEDIMENTO Ressonância Magnética de Abdome Superior	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
---	------