



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 4 9	NOME DO PROCEDIMENTO Ressonância Magnética de Vias Biliares	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
---	------