



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 Nº DO TELEFONE: DDD ____ Nº ____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD ____ Nº ____

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 6 0 3 0 0 1 0	NOME DO PROCEDIMENTO Tomografia Computadorizada de Abdome Superior	QTDE 01
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0 2 0 6 0 3 0 0 3 7	NOME DO PROCEDIMENTO Tomografia Computadorizada de Pelve	QTDE 01
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: _____