



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	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: _____