



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

**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 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 9 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD \_\_\_\_\_ Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 13 - UF \_\_\_\_\_ 14 - CEP \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 17 - QTDE. \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 34 - CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 35 - CID10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

37 - OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

40 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

45 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_

a / /

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 52 - CNES \_\_\_\_\_