



Estado do  
Rio Grande  
do Sul

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

### 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. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
9 - NOME DA MAE		8 - RAÇA/COR	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
		17 - CEP	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE
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			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			

### SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
( ) CNS ( ) CPF		

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD ORGÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
( ) CNS ( ) CPF		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
		/ / a / /

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
---	------