



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 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

CARÁTER DE ATENDIMENTO

() 01 - ELETIVO

() 02 - URGÊNCIA

() 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRAB. OU A SERV. EMPR.

() 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

() 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO

() 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES / ENV. POR AGENTE Q / F

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0202030237

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA F.M.U.S.P.

55 - CNES

2078015

CARIMBO/ASSINATURA - CONSELHO REGIONAL (Responsável pelo atendimento)

DATA DE REALIZAÇÃO



APAC – Laudo para solicitação / Autorização de Procedimento Ambulatorial

Para atender exigência do Ministério da Saúde/SUS, que está vigorando desde 02 de janeiro de 2008, solicitamos a remessa da APAC do referido paciente, que **deverá ter todos os dados preenchidos e anexada à solicitação de exame do médico:**

- Identificação do estabelecimento de saúde solicitante (itens 1 e 2).
- Dados do paciente (itens 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16 e 17).
- Código do procedimento principal: **0202030237**.
- Nome do procedimento principal: **IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS**
(nossos exames entram neste código. São pagos por similaridade).
- Justificativa do procedimento solicitado (36, 37 e 40).
- No item 40 – observações – anotar o exame a ser realizado.
- Dados do médico solicitante (itens 41, 42, 43, 44 e 45).