



APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

DADOS DA MARCAÇÃO

NÚMERO DO PEDIDO	DATA	HORA	RESP. MARCAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR	ETNIA
NOME DA MÃE	TELEFONE			
NOME DO RESPONSÁVEL	TELEFONE			
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO DO MUNICÍPIO	UF	CEP	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE.

PROCEDIMENTO (S) SECUNDÁRIO (S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVO (S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓDIGO DO ÓRGÃO EMISSOR	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		

DATADA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA PAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES