



Estado do Rio de Janeiro
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	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"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO/RUA Nº BAIRRO			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CÓD IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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			
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
---	------