
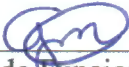




Barra do Garças  
Estado de Mato Grosso

 <b>Ano 2015</b> <b>Poder Legislativo Municipal</b> <b>Plenário das Deliberações</b>		
<b><u>Protocolo</u></b> N.º848, Liv. 25, Fls. ____ Em 19/10/2015. às 15:15hs.   _____ Assinatura do Funcionário	<input type="checkbox"/> Projeto de Lei <input type="checkbox"/> Projeto de Decreto do Legislativo <input type="checkbox"/> Projeto de Resolução <input type="checkbox"/> Requerimento <input checked="" type="checkbox"/> <b>Indicação</b> <input type="checkbox"/> Moção de <input type="checkbox"/> Emenda	<b>Nº.628/2015</b>

Autor: **Vereador WELITON ANDRADE DA SILVA - PMDB**

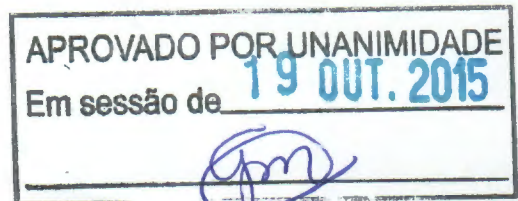
Senhor Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao Prefeito Municipal, com cópia à Secretária Municipal de Saúde, solicitando que sejam encaminhados às Unidades Básicas de Saúde e PSFs, Laudos para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais, para que os médicos possam utilizá-los quanto necessário.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT., 19 de outubro de 2015.

  
**WELITON ANDRADE DA SILVA**

(Mandioquinha)  
Vereador-PMDB  
2º Secretário

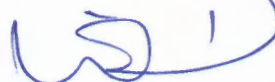


JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,  
Senhores Vereadores:

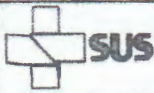
Nosso intuito é facilitar a vida dos pacientes que utilizam a rede pública de saúde, principalmente no que se refere à emissão de Autorização de Procedimento Ambulatorial, em que as pessoas são obrigadas a vir na Secretaria buscar esse impresso para que o médico possa fazer o preenchimento.

Assim sendo, gostaríamos de merecer a atenção do Prefeito Municipal e Secretária, no atendimento desse nosso pedido.



**WELITON ANDRADE DA SILVA**

(Mandioquinha)  
Vereador-PMDB  
2º Secretário



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - CPF \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO \_\_\_\_\_ 8 - RAÇA \_\_\_\_\_  
Masc \_\_\_\_\_ Fem \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_  
DDD \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_  
DDD \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_ 14 - CAR. \_\_\_\_\_

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 17 - UF \_\_\_\_\_ 18 - CEP \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 21 - QTT \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	24 -
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	27 -
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	30 -
31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	33 -
34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	36 -

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

37 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 38 - CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 39 - CID10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 40 - CID10 CAUSAS ASB \_\_\_\_\_

41 - OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO C.R.) \_\_\_\_\_

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

## AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

49 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 54 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

55 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 56 - CNES \_\_\_\_\_