



SOLICITAÇÃO DE EXAMES CENTRO DE DIAGNÓSTICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALCINDO BUENO DE FREITAS
Data Nasc.: 08/03/1948 (72a, 9m, 22d)
Sexo: Masculino
Nome da Mãe: ADELINA BUENO DE FREITAS
Nº Prontuário: 1583706
Nº CNS: 704.0043.5956.0165

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Profissional: LUCAS KRAESKI KRUM
Especialidade: Médico clínico
Leto: COVID-CLIN-514A (REGULAÇÃO DE LEITOS)
Data Atendimento: 30/12/2020 12:07
Data Internação: 29/12/2020 19:50
Procedimento: 03.03.01.022-3 - TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS COVID 19

INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA EVOLUÇÃO

Profis. Resp.: LUCAS KRAESKI KRUM (30/12/2020 12:07)

Queixa:
Hist. Mórbita:
CID(s): U071 - Infecção pelo novo coronavírus (COVID-19)

COD. EXAME DESCRIÇÃO DO EXAME

02.06.02.003-1 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

Situação: Aguardando Execução Membro: Não se Aplica Prioridade: Rotina
Justificativa: ANGIOTOMOGRAFIA. COVID19, D dímero de 15. TEP?
Nº Req.: 878586

LUCAS KRAESKI KRUM
CRM-PR 34674

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS**
 2 - CNES: **6542638**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **ALCIDO BUENO DE FREITAS**
 4 - Nº PRONTUÁRIO: **1583706**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **704.0043.5956.0165**
 6 - DATA DE NASCIMENTO: **08/03/1948**
 7 - SEXO: Masc. Fem.

9 - NOME DA MÃE: **ADELINA BUENO DE FREITAS**
 10 - Nº TELEFONE DE CONTATO: **3222-3666**
 DDD: **42**

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____
 12 - Nº TELEFONE DE CONTATO: _____
 DDD: _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua Padre Anacleto nº 890, - Nova Rússia**

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **PONTA GROSSA**
 15 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: **4119905**
 16 - UF: **PR**
 17 - CEP: **84.070-320**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **02.06.02.003-1**
 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX**
 20 - QTDE: **1**

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: _____

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
 35 - QTDE: _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Infecção pelo novo coronavírus (COVID-19)**
 37 - CID10 PRINCIPAL: **U071**
 38 - CID10 SECUNDÁRIO: _____
 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

40 - OBSERVAÇÕES: **ANGIOTOMOGRAFIA. COVID19, D diâmetro de 15. TEP?**

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **LUCAS KRAESKI KRUM**
 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **30/12/2020**
 43 - DOCUMENTO (CNS) (X) CPF: _____
 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **081.109.949-03**

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
 47 - ORGÃO EMISSOR: _____
 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____
 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____
 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: **2**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____
 55 - CNES: _____