

## ANEXO II

### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MEIO DE BPA - I

É o instrumento para solicitação/autorização de Procedimentos Ambulatoriais por meio de BPA – I em estabelecimentos de saúde (públicos federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O Laudo contém informações de identificação do paciente, sobre a anamnese, exame físico, justificativa da solicitação; dados de identificação do profissional solicitante e autorizador; diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, em 01 (uma) via, anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

**Campo 01 - Nome do Estabelecimento Solicitante:** Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

**Campo 02 - CNES:** Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

**Campo 03 - Nome Estabelecimento Executante:** Preencher com o nome fantasia do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

**Campo 04 - CNES:** Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Campo 05 - Nome do Paciente:** Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.

**Campo 06 - Apelido do paciente:** Preencher com o apelido (nome diferente do nome constante do registro do paciente), pelo qual o paciente é conhecido entre os familiares ou na comunidade onde reside.

**Campo 07 - Nº do Prontuário:** número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

**Campo 08 - Cartão Nacional de Saúde (CNS):** Preencher com o número do CNS do paciente (15 dígitos).

**Campo 09 – Cadastro de Pessoa Física (CPF):** Preencher com o número do CPF do paciente (11 dígitos).

**Campo 10 - Data de Nascimento:** Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

**Campo 11 - Sexo:** Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: 1 - Masculino ou 3 – Feminino.

**Campo 12 - Raça/Cor:** Preencher com o tipo de raça/cor do paciente.

**Campo 13 - Etnia:** Preencher com a etnia do paciente. A informação da etnia somente será exigida quando o usuário for registrado no Campo RAÇA/COR nos sistemas de captação do atendimento ambulatorial e hospitalar como Indígena.

**Campo 14 - Nome da Mãe:** Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

**Campo 15 - Telefone de Contato:** Preencher com número de telefone que possa ser acionado pelo hospital para possíveis contatos com familiares do paciente.

**Campo 16 - Nome do Responsável:** Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

**Campo 17 - Telefone de Contato:** Preencher com número de telefone que possa ser acionado pelo hospital para possíveis contatos com familiares do paciente.

**Campo 18 – Endereço de Residência :** Preencher com o endereço completo da residência do paciente - rua, número, complemento e bairro.

**Campo 19 - Número da Residência:** Preencher com o número da residência do paciente.

**Campo 20 - Nome do Bairro de Residência:** Preencher com o nome do bairro de residência do paciente.

**Campo 21 - Município de Residência:** Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.

**Campo 22 - Código IBGE do Município:** Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.

**Campo 23 - UF:** Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF) de residência do paciente. Utilizar duas letras.

**Campo 24 - CEP:** Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro. Não deve ser registrado o código genérico se houver específico.

**Campo 25 - Ponto de Referência:** Preencher com o nome do ponto de referência da residência do paciente.

**Campo 26 - Documento:** Assinalar com um "X" no campo correspondente ao tipo de documento apresentado pelo paciente. Registrar o número do documento apresentado. Deve ser preenchido quando não for obrigatório o Cartão Nacional de Saúde – CNS.

#### **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**Campo 27 - Código do Procedimento:** Preencher com o código do procedimento solicitado, de acordo com a Tabela do SUS.

**Campo 28 - Descrição:** Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme a Tabela do SUS.

**Campo 29 - Quantidade:** Preencher com o número referente à quantidade do procedimento solicitado, de acordo com a tabela especificada do SUS.

#### JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**Campo 30 – Descrição do Diagnóstico:** Preencher com a descrição do diagnóstico correspondente a CID -10.

**Campo 31 - CID 10 Principal:** Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar (obrigatório).

**Campo 32 - CID 10 Secundário:** Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

**Campo 33 - CID-10 Causa(s) Associada(s):** Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.

**Campo 34 – Resumo da Anamnese e Exame Físico:** Preencher com os principais dados da anamnese, do exame físico e exames realizados.

**Campo 35 - Justificativas:** Preencher com as justificativas necessárias à realização do procedimento solicitado.

**Obs.:** Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 32 e 33 não são obrigatórios, exceto os casos previstos em normalização específica, estabelecido pelo gestor federal, estadual ou municipal.

#### SOLICITAÇÃO

**Campo 36 – Profissional Solicitante:** Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, o qual deve estar cadastrado no CNES.

**Campo 37 - Nº. Documento do CNS do Profissional Solicitante:** Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

**Campo 38 - Nº. Registro do Conselho:** Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante/assistente.

**Campo 39 - Data da Solicitação:** Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

**Campo 40 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho):** O profissional solicitante/assistente deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

## AUTORIZAÇÃO

**Campo 41 - Nome do Profissional Autorizador:** Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor.

**Campo 42 - Nº. Registro do Conselho:** Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional autorizador.

**Campo 43 - Nº. Documento do CNS do Profissional Autorizador:** Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional autorizador.

**Campo 44 - Código do Órgão Emissor:** Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado.

**Campo 45 - Numeração da Autorização:** Preencher com o número da Autorização do procedimento solicitado.

**Campo 46 - Data da Autorização:** Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

**Campo 47- Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho):** O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.