



**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.  Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 9 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_  
 Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 13 - UF \_\_\_\_\_ 14 - CEP \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 17 - QTDE. \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 20 - QTDE \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 34 - CID-10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 35 - CID-10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

37 - OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

40 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 52 - CNES \_\_\_\_\_

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - DADOS COMPLEMENTARES</b>
<b>1 - ONCOLOGIA</b>		
53-Localização do tumor primário		54-CID-10 Topografia
55-LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS		56-Localização de Metástase(s)
57-Estádio(UICC)		58-Estádio (outro sistema)
60-Diagnóstico Cito/Histopatológico		59-Grau Histopatológico
61-Data		
<b>1.1 - QUIMIOTERAPIA</b>		
62 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Tratamento(s) Anterior(es)	63-Descrição	64-Data de Início
1º		
2º		
3º		
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global		
65-Continuidade de Tratamento		
66-Data de Início do Tratamento Solicitado		
67-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura)		
68-Nº Total de Meses Planejados		
69-Nº de Meses Autorizados		
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<b>1.2 - RADIOTERAPIA</b>		
70 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Tratamento(s) Anterior(es)	71 - Descrição	72 - Data de Início
1º		
2º		
3º		
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global		
73 - Continuidade de Tratamento		
74 - Data de Início do Tratamento Solicitado		
75 - Finalidade		
76 - CID Topográfico		
77 - Descrição		
78 - Nº Campo/Incrções		
79 - Data de Início		
80 - Data de Término		
<input type="checkbox"/> RADICAL PALIATIVA <input type="checkbox"/> ADJUVANTE PREVIA <input type="checkbox"/> ANTIÁLGICA ANTIHEMORRÁGICA		
<b>2 - NEFROLOGIA</b>		
81-PRIMEIRO ATENDIMENTO		
DATA DA 1ª DIALISE REALIZADA		
82-SEGUIMENTO		
TRU <input type="checkbox"/>		
Inscrito na lista da CNCD <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hb <input type="checkbox"/> g%		
aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
Albumina <input type="checkbox"/> g%		
aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
Intervenção de Fístula <input type="checkbox"/> QTD		
HbS Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
Altura <input type="text"/> m    ACESSO VASCULAR <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não IMC(kg/m²) <input type="text"/> Peso <input type="text"/> Kg    aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Diurese <input type="text"/> ml    aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Glicose <input type="text"/> mg/dl    HbS Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Albumina <input type="text"/> %    Ultrasonografia Abdominal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hb <input type="text"/> g%		
<b>SOLICITAÇÃO</b>		
83-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
84-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		

**ANEXO III  
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO  
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**

É o instrumento para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em estabelecimento de saúde com atendimento ambulatorial (públicos, federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O laudo contém informações de identificação do estabelecimento, do paciente, exame físico, exames complementares, justificativas da solicitação; dados de identificação do profissional solicitante e do autorizador, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SIA/SUS e CID-10.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, e após ser autorizado deve ter o arquivamento de via no prontuário do paciente a disposição de setores de regulação/avaliação, cabendo aos gestores editar normas referentes a necessidade de vias complementares.

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE**

Campo 01 - Nome do Estabelecimento de Saúde 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.

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Campo 03 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 04 - Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 05 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 06 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M - Masculino ou F - Feminino.

Campo 08 - Nome da Mãe ou Responsável: Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 10 - Endereço de Residência: Preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro. Deve-se considerar como endereço de residência, o fixo do paciente e não o de permanência temporária em outro local/município.

Campo 11 - 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 12 - Código IBGE do Município de Residência: Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.

Campo 13 - UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF). Utilizar a sigla de duas letras.

Campo 14 - CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro de residência. Não deve ser registrado o código genérico.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Campo 15 - Código do Procedimento Principal: Preencher com o código do procedimento de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIA/SUS considerado como principal, para o qual está sendo solicitada a autorização.

Campo 16 - Nome do Procedimento Principal: Preencher com o nome do procedimento de acordo com a Tabela do SUS considerado como principal para o qual está sendo solicitada a autorização.

Campo 17 - Preencher com a quantidade do procedimento principal a ser realizado de acordo com a legislação específica.

**PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS**

Campos 18, 21, 24, 27 e 30 - Código (s) do(s) procedimento(s) secundário (s): Preencher com o(s) código(s) do procedimento(s) secundário(s) de acordo com a tabela do SIA/SUS.

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL E ESTRATÉGICOS-LME</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		7 - SEXO
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
13 - UF		14 - CEP
<b>MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>		
A 15 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		16 - NOME DO MEDICAMENTO
17 - CID - PRINCIPAL		18 - CID - SECUNDÁRIA
B 19 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		20 - NOME DO MEDICAMENTO
21 - CID - PRINCIPAL		22 - CID - SECUNDÁRIA
C 23 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		24 - NOME DO MEDICAMENTO
25 - CID - PRINCIPAL		26 - CID - SECUNDÁRIA
D 27 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		28 - NOME DO MEDICAMENTO
29 - CID - PRINCIPAL		30 - CID - SECUNDÁRIA
E 31 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO		32 - NOME DO MEDICAMENTO
33 - CID - PRINCIPAL		34 - CID - SECUNDÁRIA
<b>DADOS COMPLEMENTARES</b>		
35 - Dados do Paciente		
Peso (Kg) <input type="text"/>	Hemofilia <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Inibidor <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> < 5 UB <input type="checkbox"/> > ou = 5 UB
Altura (m) <input type="text"/>	Transplantado <input type="checkbox"/> Cid	Gestante <input type="checkbox"/>
36 - Quantidade		
Medic	1º mês	2º mês
A		
B		
C		
D		
E		
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>		
38 - OBSERVAÇÕES		
39-Provas Diagnósticas(Anejar cópia dos exames)		
<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Monitoramento		
<b>SOLICITAÇÃO</b>		
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		41-DATA DA SOLICITAÇÃO
42 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
44-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49-DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		52 - PERÍODO DE VALIDADE
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>		
53 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		51 CNES

Campos 19, 22, 25, 28, 31 - Nome(s) do(s) procedimento(s) secundário(s): Preencher com o(s) nome(s) do(s) procedimento(s) secundário(s) de acordo com a tabela do SUS.

Campos 20, 23, 26, 29, 32 - Quantidade(s) do(s) procedimento(s) secundário(s) a ser(em) realizado(s) de acordo com a legislação específica.

**JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

Campo 33 - Preencher com a descrição do diagnóstico.

Campo 34 - CID 10 Principal: Preencher com o CID - 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento ambulatorial (obrigatório);

Campo 35 - 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 36 - CID 10 Causa(s) Associada(s): Preencher com o (s) CID - 10 de CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o(s) o(s) que corresponde(m) ao(s) de outra(s) doenças concomitantes apresentadas pelo paciente.

Obs: Todos os campos de CID-10 são imprescindíveis para avaliação epidemiológica, porém, os campos 35 e 36 não são obrigatórios, exceto nos casos previstos em normalização específica, estabelecida pelo gestor federal, estadual ou municipal.

Campo 37 - Observações: Este campo deve ser preenchido com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente. Incluir dados do exame físico, as condições clínicas do paciente que justificam a realização do procedimento, os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados antes da solicitação do procedimento.

**SOLICITAÇÃO**

Campo 38 - Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

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

Campo 40 - Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente ao CNS ou CPF que será utilizado pelo profissional solicitante.



Campo 06 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M - Masculino ou F - Feminino.

Campo 08 - Nome da Mãe ou Responsável: Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 10 - Endereço de Residência: Preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro. Deve-se considerar como endereço de residência, o fixo do paciente e não o de permanência temporária em outro local/município.

Campo 11 - 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 12 - Código IBGE do Município de Residência: Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.

Campo 13 - UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF). Utilizar a sigla de duas letras.

Campo 14 - CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro de residência. Não deve ser registrado o código genérico.

#### MEDICAMENTO (S) SOLICITADO(S)

Campo (s) 15, 19, 23, 27, 31 - Código (s) do(s) medicamento (s): Preencher respectivamente com o (s) código (s) do(s) medicamentos, de acordo com a tabela SIA/SUS, para o (s) qual (ais) está sendo solicitado a autorização.

Campo (s) 16, 20, 24, 28, 32 - Nome do medicamento: Preencher respectivamente com o (s) nome (s) do(s) medicamento (s) - de acordo com a Tabela do SIA/SUS para o (s) qual (ais) está sendo solicitado a autorização.

Campo (s) 17, 21, 25, 29, 33 - CID 10 Principal (obrigatório): Preencher respectivamente com o (s) CID-10 que autoriza a dispensação do medicamento conforme regulamentação específica do Componente.

Campo (s) 18, 22, 26, 30, 34 - CID 10 Secundário: Preencher respectivamente com o (s) CID-10 que complementa a informação do quadro clínico que motivou a prescrição do medicamento, quando for o caso.

#### DADOS COMPLEMENTARES

Campo 35 - Dados Clínicos gerais do paciente: Preencher com os seguintes dados do (a) paciente: peso em Kg, altura em metro, assinalar com um "X" se é transplantado (a) e com a quantidade de transplante, assinalar com um "X" se é gestante.

Para os pacientes portadores de Coagulopatias complementar com os registros dos seguintes dados:

Classificação das Hemofilias : Assinalar com X no quadro indicativo das classificações baseadas no Manual de Tratamento das Coagulopatias Hereditárias -Ministério da Saúde:

Hemofilia Leve - paciente com resultados da dosagem sanguínea de fatores VIII/IX com valores menores de 0,01UI/ml.

Hemofilia Moderada - paciente com resultados da dosagem de sanguínea de fatores VIII/IX com valores entre 0,01 UI/ml a 0,05 UI/ml.

Hemofilia Grave - paciente VIII/IX com valores maiores de 0,05 e menor que 0,40 UI/ml.

Inibidor - Identifica a presença de anticorpos circulantes capazes de inativar um ou mais fatores de coagulação.

Assinalar com um X nos quadros indicativos se:

Ausente

Título de inibidor menor de 5 UNIDADES BETHESDA (UB).

Título de inibidor igual ou maior de 5 UNIDADES BETHESDA (UB).

Campo 36 - Quantidade: Preencher com as quantidades mensais de medicamentos a serem administrados.

#### JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADOS

Campo 37 - Preencher com a descrição do diagnóstico.

Campo 38 - Observações: Este campo deve ser preenchido com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente. Incluir dados do exame físico, das condições clínicas do paciente que justificam a solicitação dos medicamentos.

Campo 39 - Assinalar com X se foram realizadas provas diagnósticas/exames, seguindo os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para inclusão ou monitoramento do paciente no tratamento.

#### SOLICITAÇÃO

Campo 40 - Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 41 - Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 42 - Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente ao CNS ou CPF que será utilizado como identificação pelo profissional solicitante.

Campo 43 - N<sup>o</sup> . Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante: Preencher com o n<sup>o</sup> do documento (CNS ou CPF) utilizado como identificação pelo profissional solicitante.

Campo 44 - Assinatura e Carimbo (N<sup>o</sup> Registro do Conselho): Assinatura, carimbo com número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante.

#### AUTORIZAÇÃO

Campo 45 - 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 46 - Cód. do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 47 - Documento: Assinalar com um “X” no campo correspondente do CNS ou CPF utilizado pelo Autorizador.

Campo 48 - Nº . Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 49 - Data da Autorização: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 50 - 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.

Campo 51 - Reservado para registrar o número da APAC quando autorizada. O Ministério da Saúde recomenda a utilização de aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das APAC, seja por meio do Módulo Autorizador disponibilizado pelo DATASUS/MS, ou aplicativo próprio de que o gestor disponha.

Campo 52 - Período de Validade: Registrar as datas no formato dd/mm/aaaa de início e fim do período de validade da APAC, de acordo com portarias específicas.

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 53 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante, ou seja, que dispensa o medicamento.

Campo 54 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante.