



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC
ENUCLEAÇÃO/PROCESSAMENTO DE CÓRNEA/ESCLERA/
SOROLOGIA PARA TRANSPLANTE

Nº do Prontuário

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome

CNPJ

Dados do:

☐

Doador

☐

Paciente

Nome

CNS do Usuário

CPF

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

DDD

Nº do Telefone

Município

UF

CEP

Data de nascimento

SEXO

M F

CONVÊNIO

SIM NÃO

Nome do Convênio

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código do procedimento principal (ENUCLEAÇÃO)

Código do procedimento principal (SOROLOGIA)

1

3

Código do procedimento principal (PROCESSAMENTO)

4

ENUCLEAÇÃO (PACIENTE)

ENUCLEAÇÃO (DOADOR)

PROCESSAMENTO

Data da Enucleação

Data do Óbito

Hora do Óbito

Data da Enucleação

Hora da Enucleação

Data da Entrada
no Banco de Olhos

Horário de Entrada
no Banco de Olhos

Número de Globo Ocular

1 2

Número de Globo Ocular

1 2

Número de Globo Ocular

1 2

Nome do Local da Captação

Endereço do Local da Captação

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

☐
☐
☐
☐

Transplante de Córnea

Transplante de Esclera

Prótese Ocular

Cirurgias Oftálmicas de doenças que demandem enucleação

CID 10

SOLICITANTE

CNS DO PROFISSIONAL

CPF DO PROFISSIONAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO COM O Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO DOADOR

AUTORIZADOR

Nome

Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

CPF

DATA