



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**LAUDO MÉDICO / TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC
RADIOGRÁFICO/RADIOLOGIA/INTERVENCIONISTA**

Nº do Pront.

IDENTIFICAÇÃO

NOME
Conferência São José do Avai

CNPJ

DADOS DO PACIENTE

NOME

SEXO Masc. 1 Fem. 2

CPF ou CNS DV DATA DE NASC.

TELEFONE DDD NÚMERO

ENDEREÇO (Logradouro, nº, complemento, bairro)

CEP 28570000 UF RJ

MUNICÍPIO
ITAOCARA

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CONVÊNIO

Sim	Não

NOME DO PROCEDIMENTO
SUS - ITAOCARA

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

CPF DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID 10

RESUMO DO EXAME FÍSICO

EXAME(S) REALIZADOS(S) - RESULTADO(S)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO