SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Ministério da Saúde

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC

Nº do Prontuário

Identificação da Unidade

NOME

CNPJ

Dados do Paciente

NOME

SEXO Masc. 1 Fem. 2

CPF ou CNS | DV | Data de nascimento (dd/mm/aa) | DDD | Telefone | Número

Endereço (Logradouro, nº , complemento, bairro)

CEP | UF

MUNICÍPIO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CONVÊNIO	SIM	NÃO	NOME DO CONVÊNIO

Dados da solicitação

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

NOME DO MÉDICO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID 10

RESUMO DO EXAME FÍSICO

EXAME(S) REALIZADO(S) - RESULTADO (S)

DATA

_____/_____/_____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Cismisel
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SETE LAGOAS