

**LAUDO MÉDICO PARA
EMIÇÃO DE APAC**
RADIODIAGNÓSTICO / RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA



Prontuário N°

Identificação da Unidade

Nome

CNPJ

Dados do Paciente

Nome

CPF ou CNS

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço(Logradouro, nº, complemento, bairro)

Telefone

Município

UF

CEP

Data de Nascimento

Sexo

Masc.

Fem.

CONVÊNIO

SIM

NÃO

Nome do Convênio

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) REALIZADO(S) - RESULTADO(S)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO