



Prefeitura de Olinda
Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação Geral de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC
MEDICINA NUCLEAR

PRONTUÁRIO Nº

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 do nascimento

SEXO

Masc.

Fem.

CONVÊNIO

Sim

Não

Nome do Convênio

Dados da Solicitação

Código do Procedimento

Nome do Procedimento

Código do Procedimento

Nome do Procedimento

Código do Procedimento

Nome do Procedimento

Código do Procedimento

Nome do Médico

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID 10

EXAMES FÍSICOS E COMPLEMENTARES (RESUMO)

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU TÉCNICO

DATA

AUTORIZAÇÃO

DATA