

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HEMODINÂMICA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - DOSAGEM DE CICLOSPORINA



LAUDO MÉDICO / TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC

Nº do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSARA

CNPJ

3 1 5 0 5 0 2 7 0 0 0 4

DADOS DO PACIENTE

Nome:

CPF/ Nome da Mãe ou Responsável:

CNS

Endereço n°/Bairro/Complemento:

Telefone:

CPF UF Data: Cep: Sexo: RG:

CNS

Convênio

Sim

Não

Nome do Convênio:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Cód. do Procedimento Nome do Procedimento:

CPF do Médico Nome do Médico:

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

Hipótese Diagnóstica

Cd 10

Resumo do Exame Físico

Exame(s) Realizado(s) - Resultado(s):

Data:

Assinatura e Carimbo do Médico ou Técnico

PREENCHA UM DOS DOCUMENTOS ABAIXO:

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Identidade																UF			Órgão			Data de Emissão:
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	-------	--	--	------------------

CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO

Certidão/ Tipo:		Livro:		Nome do Cartório:		Folhas:	
Termo:		Data de Emissão:				Cartão Nacional de Saúde:	