

**SUS**SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDEMinistério
da
Saúde**LAUDO MÉDICO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC**

N° do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome

CNPJ

DADOS DO PACIENTE

Nome

Sexo

Masc

Fem

CPF OU CNS

DV

Data de Nascimento (dd/mm/aa)

DDD

Número

Endereço (Logradouro, n.º - Complem. - Bairro)

CEP

UF

Município

Nome da mãe ou responsável

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), RESULTADOS(S)

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU TÉCNICO