

**SUS****SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE****PREFEITURA MUNICIPAL
DE ARROIO DOS RATOS****SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE****LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC
EXAMES DE TOMOGRAFIA/HEMODINAMICA/
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

Nº do Prontuário

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTEIdentificação: ☐ SUS (Público) ☐ SUS (Conveniado) Código do SIA/SUS

Nome: Telefone: ()

Município: Estado:

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente:

CPF: Nome da Mãe ou do Responsável

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

Município: Estado:

Telefone: CEP: Data de Nascimento: SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino

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 Procedimento

CPF de Médico: Nome de Médico

Assinatura e Carimbo do Médico: Data Solicitação do(s) exame(s)

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

Hipótese Diagnóstica: Código do CID-10

RESUMO DO EXAME FÍSICO E EXAMES COMPLEMENTARES (RESUMO)

NÚMERO DE AGENDAMENTO NA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS: _____
SEU EXAME FOI MARCADO PARA O SERVIÇO: _____
DATA: ____/____/____ HORA: _____ SALA: _____
ENDEREÇO: _____**AUTORIZAÇÃO - PREENCHIMENTO PELO ÓRGÃO AUTORIZADOR**

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Data