



## LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC DE REABILITAÇÃO FÍSICA / ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE: \_\_\_\_\_ Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

NOME:

											CNPJ:		

### DADOS DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE:

CPF OU CNS:	NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
-------------	-----------------------------

ENDEREÇO (LOCRA DOURO, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):

											DDD:	Nº TELEFONE:				

MUNICÍPIO:	UF:	CEP:	DATA NASCIMENTO:	SEXO:
				1   MASC. 2   FEM.

CONVÊNIO:	NOME DO CONVÊNIO:
SIM   NÃO	

### 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 DO MÉDICO:	NOME DO MÉDICO:

### JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO DA INCAPACIDADE:	CID 10:

OBSERVAÇÕES:

DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: