



## LAUDO MÉDICO - EXAME DE ALTO CUSTO

<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA COMP.	<input type="checkbox"/>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	ULTRASSONOGRRAFIA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME		DATA NASC.	SEXO	
		__/__/__	( ) Masc ( ) Fem	
ENDEREÇO				
BAIRRO		MUNICÍPIO	UF	CEP
CPF	TELEFONES DE CONTATO			

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

_____ _____ _____ _____
----------------------------------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	CID
----------------------	-----

Código do Procedimento	Nome do Procedimento
Código do Procedimento	Nome do Procedimento
Código do Procedimento	Nome do Procedimento

Exames complementares realizados (ANEXAR CÓPIA OU DESCREVER RESULTADOS) e descrição do Exame Clínico -
--

Médico Solicitante (ass. e carimbo)	CRM	Especialidade	Data
			__/__/__

<b>AUTORIZADO:</b> ( ) SIM ( ) NÃO ( ) RESTRIÇÕES Data ____/____/____  _____ Autorizador (ass. e carimbo)	
---	--