

DADOS DO REQUISITANTE

NOME: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____

IDENT.: _____ ÓRGÃO: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONES DE CONTATO: _____ | _____

() REPRESENTANTE LEGAL: () PAI / MÃE () OUTROS (ESPECIFICAR): _____

NOME: _____

IDENT.: _____ ÓRGÃO: _____

REQUERIMENTO

VENHO, POR MEIO DESTA, REQUERER LAUDO MÉDICO.

() LAUDO MÉDICO

O pedido do laudo médico deve ser realizado somente após a consulta com o médico especialista, caso contrário a última consulta não sairá no laudo. O laudo médico tem validade de 90 dias a contar da data de sua assinatura. Um novo laudo médico poderá ser solicitado a cada 75 dias a contar da data de emissão do último laudo médico solicitado.

RAZÃO DA SOLICITAÇÃO: _____

DOCUMENTOS APRESENTADOS NO CASO DE PROCURADOR

() PROCURAÇÃO

() CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE DO PACIENTE E DO PROCURADOR

() CÓPIA DA IDENTIDADE P.F.

() CÓPIA CPF

() CÓPIA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

() OUTROS (ESPECIFICAR): _____

* OBS: NO CASO DA SOLICITAÇÃO FEITA PELO PRÓPRIO PACIENTE, DEVERÁ SER APRESENTADO SOMENTE O DOCUMENTO COM FOTO.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Nº Pedido

Assinatura do paciente ou seu representante**PROTOCOLO**

PACIENTE : _____ PRONTUÁRIO Nº : _____

() LAUDO MÉDICO Nº. do pedido: _____ Data da Solicitação : ____/____/____

Assinatura ALAUD: _____ Data Prevista para Entrega : ____/____/____

O paciente deverá apresentar documento original com foto ou cópia autenticada para resgatar o laudo médico. Na impossibilidade de comparecimento, o paciente poderá autorizar terceiros por meio de formulário de autorização disponível no site do INTO, sendo necessária a apresentação de documento original com foto ou cópia autenticada do paciente e do portador.

Informações e consultas sobre a situação do pedido são realizadas no site do INTO (www.into.saude.gov.br/laudo-medico)

Horário de atendimento: segunda a sexta das 8h às 16h, exceto feriados.