



# LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

ÓRGÃO EMISSOR

NOME DO CLIENTE		ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		MUNICÍPIO		UF	
NOME DO SEGURADO		CEP	DATA DO NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO	SEGURADO	2
PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL		VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		C.N.P.J. DA EMPRESA		NÃO SEGURADO APOSENTADO	
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE		PROCED. SOLICITADO	CART. INT.	DATA DA EMISSÃO	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL	ASSINAT. MÉDICO RESPONSÁVEL	SÉRIE
CAUSA EXTERNA		C.N.P.J. DA SEGURADORA		Nº DO BILHETE		PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS		
DIAGNÓSTICO INICIAL	PROCEDIMENTO SOLICITADO	
CLÍNICA		
1	2	3
4	5	6
7	8	9
1	2	3
4	5	6
7	8	9

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR)	CRM	DATA
---	-----	------

MURIGRÁFICA