



LAUDO MÉDICO PARA COMUNICAÇÃO DE AGRAVO RELACIONADO AO TRABALHO									
SECRETARIA DE SAÚDE									
ÓRGÃO EMISSOR:									
NOME DO PACIENTE									
Nº DO CARTÃO SUS			CPF:			PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL			
ENDEREÇO/Nº			BAIRRO:			MUNICÍPIO:		UF	
CEP:	DATA DE NASCIMENTO		CBO/TRABALHADOR			SEXO		MASC.	FEM.
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS							TIPO DE CAUSA EXTERNA		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		CNPJ DA SEGURADORA			Nº DO BILHETE		SÉRIE		
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES E/OU DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO									
PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								
	EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREG.	APOSENTADO	NÃO SEGURADO			
CNPJ / EMPRESA		CNAE/EMPRESA		ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			ACIDENTE DE TRABALHO/TRAJETO		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO									
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:									
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:									
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNOSTICAS:									
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID (1)	CID (2)	CLÍNICA CIRÚRGICA		CLÍNICA OBSTÉTRICA		CLÍNICA MÉDICA		
				1	2			3	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			FPT/CRON	PSIQUIÁTRICO		PEDIÁTRICA		OUTRAS	
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR)					CRM		DATA		