Sistema Ministério SUS Único de da Saúde Saúde	O PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	a curs
Establishment Solicit Name	1 2 3 4 5 6 7
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	-4 - CNES
Establishment Exec Name	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Patient Name	1234
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 -RAÇA/COR	
9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7	7 15 / 10 / 2022 Masc. 1 Fem. 3 Preta
Patient Mother Name	DDD N° DO TELEFONE 5 6 1 3 2 4 8 5 4 6
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	DDD 14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE
Patient Responsible Name 15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	8 5 6 4 7 2 1 5 9 8
Patient Adress street neighobourd	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA————————————————————————————————————	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP 1234567 S P 1 2 3 4 5 6 7 8
,	
-JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO-	
Patient main clinical signs sysmpthoms	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Patient Conditions justify hiospitalizaiton	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Xray tibia broken	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL 2 Patient Initial Diagnostic	24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS A00 A01 A02
PROCEDIMENTO SOLICITADO 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Procedure Solicited	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	UMENTO 32 - № DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE () CPF 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7
Clinic Name Internation Carater () CNS CN	() CPF
Profissional Solicit Name	15 / 10 / 2022
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
39 - CNPJ DA SEGURADORA—39 - CNPJ DA SEGURADORA—36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 3 7 5 4 9 6 7	40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE 123450123456 Insurn Series
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR
38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 3 7 5 4 9 6 7	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
——46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR————————————————————————————————————	ORIZAÇÃO-
Autorization professional name OrgCode2022	
48 - DOCUMENTO 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1234567890	
() CNS (CPF 2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0	

15 / 10

2022