



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
Establishment Solicit Name

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
Establishment Exec Name

2 - CNES

1 2 3 4 5 6 7

4 - CNES

7 6 5 4 3 2 1

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
Patient Name

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
1234

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7

8 - DATA DE NASCIMENTO  
15 / 10 / 2022

9 - SEXO  
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR  
Preta

11 - NOME DA MÃE  
Patient Mother Name

12 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD Nº DO TELEFONE  
5 6 1 3 2 4 8 5 4 6

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
Patient Responsible Name

14 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD Nº DO TELEFONE  
8 5 6 4 7 2 1 5 9 8

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
Patient Address street neighbourd

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Patient City

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
1234567

18 - UF  
S P

19 - CEP  
1 2 3 4 5 6 7 8

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Patient main clinical signs sysmptoms

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  
Patient Initial Diagnostic

24 - CID 10 PRINCIPAL  
A00

25 - CID 10 SECUNDÁRIO  
A01

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS  
A02

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Procedure Solicited

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

29 - CLÍNICA  
Clinic Name

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
Internation Carater

31 - DOCUMENTO  
( ☒ ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
Profissional Solicit Name

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
15 / 10 / 2022

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ☒ ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

3 7 5 4 9 6 7 0 0 0 0 1 7 1

40 - Nº DO BILHETE

123450123456

41 - SÉRIE

Insurn Series

42 - CNPJ EMPRESA

3 7 5 4 9 6 7 0 0 0 0 1 7 1

43 - CNAE DA EMPRESA

53.10-5-01

44 - CBOR

12345-6

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ☒ ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
Authorization professional name

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  
012345678910111213

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
14151617181920212223242526272829303132

48 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ☒ ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0

1234567890

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
15 / 10 / 2022

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)