



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

2 - CNES

1 2 3 4 5 6 7

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Establishment Exec Name

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

Nº DO TELEFONE

DDD

5 6

1 3 2 4 8 5 4 6

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Patient Responsible Name

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

8 5

6 4 7 2 1 5 9 8

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Patient Address street neighbourn

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

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15 / 10 / 2022

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

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657

### 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

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ☒ ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

15 / 10 / 2022

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

1234567890