Sistema Ministério LA Sus Único de da Saúde Saúde	AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	
1-NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Establishment Solicit Name	1 2 3 4 5 6 7
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Establshment Exec Name	
Identificação do Paciente	
5-NOME DO PACIENTE———————————————————————————————————	6 - Nº DO PRONTUÁRIO————————————————————————————————————
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO 10 -RAÇA/COR	
	0 7 15 / 10 / 2022 Masc. 1 Fem. 3 Preta
11 - NOME DA MÃE— Patient Mother Name 13 - NOME DO RESPONSÁVEL—	12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 5 6 1 3 2 4 8 5 4 6 14 - TELEFONE DE CONTATO 14 - TELEFONE DE CONTATO
Patient Responsible Name 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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
Patient City	1234567 S P 1 2 3 4 5 6 7 8
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO— 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
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	24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Patient Initial Diagnostic	A00 A01 A02
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO————————————————————————————————————	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Procedure Solicited	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	1 - DOCUMENTO 32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CNS () CPF 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 0 7
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Profissional Solicit Name 15 / 10 / 2022	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
39 - CNPJ DA SEGURAD 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 3 7 5 4 9 6	ODRA 40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE 123450123456 Insurn Series
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR
_	6 7 0 0 0 0 1 7 1 53.10-5-01 12345-6
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA-	MO / NESEMBRECADO / NADOSENTADO / NÃO SECURADO
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	-AUTORIZAÇÃO
Autorization professional name	OrgCode2022
48 - DOCUMENTO 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) D	DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS (CPF 2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0	
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

15 / 10 / 2022