Sistema Ministério					
Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento	de Saúde				$\overline{}$
Establishment Solicit Name 2 - CNES 1 2 3 4 5 6					
S - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Establishment Exec Name 7 6 5 4 3 2 1					
Identificação do Paciente					
-5 - NOME DO PACIENTE— Patient Name 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					
9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7 15 / 10 / 2022 Masc. 1 Fem. 3 Preta					
Patient Mother Name 11 - NOME DA MÃE— Patient Mother Name 12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 5 6 1 3 2 4 8 5 4					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL Patient Responsible Name 15 - ENDEREÇO (RUA, №, BAIRRO) 14 - TELEFONE DE CONTATO DDD N° DO TELEFONE 8 5 6 4 7 2 1 5 9 8					
Patient Adress street neighobo	urd				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Patient City		17 -	1234567 S	- UF 1 2 3 4 5 6	7 8
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 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					
Patient Initial Diagnostic	24	4 - CID 10 PRINCIPAL A00	–25 - CID 10 SECUNDÁRIO A01	26 - CID 10 CAUSAS ASSC A02	CIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO- Procedure Solicited				CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 4 5 6 7 8	9 0
29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA I			MENTO (CNS/CPF) DO PROFI		
Clinic Name Internation 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSIST			$ \begin{vmatrix} 8 & 9 & 7 & 6 & 9 & 5 \end{vmatrix} $ D-35-ASSINATURA E CARIME		0 7
Profissional Solicit Name 15 / 10 /2022					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 3	-39 - CNPJ DA SEGURADORA 7 5 4 9 6 7	0 0 0 0 1		60123456 Inst	0 (0.000) (0
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 3	7 5 4 9 6 7	0 0 0 0 1		DA EMPRESA 44 - C	BOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA————————————————————————————————————	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO		_	
- AUTORIZAÇÃO					
AUTORIZAÇÃO 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OrgCode2022					
() CNS (CPF 2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0					

15 / 10 / 2022