

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - Estabelecimento Solicitante: HOSPITAL SENADOR OZIREZ PONTES		2 - CNS: 2563487	
3 - Estabelecimento Executante: HOSPITAL SENADOR OZIREZ PONTES		4 - CNS: 2563487	
5 - Nome do paciente: {{ paciente_nome }}		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: {{ internacao_id }}	
7- Cartão Nacional do de Saúde: {{ paciente_cartao_sus }}	8 - Data de nascimento: {{ paciente_data_nascimento }}	9 - Sexo: {{ paciente_sexo }}	10 - Raça/cor:
11 - Nome da mãe: {{ paciente_nome_filiacao }}	12 - Telefone para contato: {{ paciente_telefone }}		
13 - Nome do Responsável:	14 - Telefone para contato:		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): {{ paciente_endereco }}			
16 - Município: MASSAPÉ	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 2308005	18 - UF CE	19 - CEP 62140000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
{{ internacao\_justificativa\_condicoes }}

21 - Condições que Justificam a Internação  
RISCO DE COMPLICAÇÃO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE + EXAME FISICO

23 - Diagnóstico Inicial {{ internacao_diagnostico_inicial }}	24 - CID 10 principal {{ internacao_cid_princi}}	25 - CID 10 secundário {{ internacao_cid_10_secun}}	26 - CID 10 causas associadas
--	---	--	-------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO {{ internacao_descr_procedimento }}		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA Clínica	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	31 - DOCUMENTO CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

36 - ( ) Acidente de trânsito:	39 - CNPJ DA SEGURADO	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE da Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acidente de Trabalho Traieto			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo:	( ) Desempregado
			( ) Aposentado
			( ) Não segurado

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Internação Hospitalar
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	