**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1-Nome do Estabelecimento de Solicitante** | Hospital Senador Ozires Pontes | **2-CNES** | 2478277 |
| **3-Nome do Estabelecimento de Executante** | Hospital Senador Ozires Pontes | **4-CNES** | 2478277 |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5-Nome do paciente** | {{ paciente\_nome }} | | | **6- Nº DO PRONTUÁRIO** | {{ id\_atendimento}} |
| **7-Cartão nacional de Saúde** | {{ paciente\_cartao\_sus }} | **8-Data de nascimento** | {{ paciente\_data\_nascimento }} | **9- Sexo** | {{paciente\_sexo }} |
| **11-Nome da mãe** | {{ paciente\_nome\_filiacao}} | **12 - Telefone de Contato** | {{ paciente\_telefone}} | **10-Raça** | {{paciente\_cor }} |
| **13 - Nome do Responsável** |  | **14 - Telefone de Contato** |  | **10.1-Etnia** |  |
| **15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)** | {{ paciente\_endereço }} | **16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA** | {{ municipio\_residencia }} |  |  |
| **17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO** |  | **18- UF** | CE | **19 - CEP** | ­ |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **20- Principais sinais e sintomas clínicos :** {{ sinais\_e\_sintomas }} | | | | | |
| **21- Condições que justificam a internação:**{{ justificativa\_de\_internação }} | | | | | |
| **22- Principais Resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados):** {{ exames}} | | | | | |
| **23- Diagnóstico inicial** {{ diagnostico\_inicial }} | | | | | |
| **24 - CID 10 PRINCIPAL** | {{ cid\_principal }} | **25- CID 10 SECUNDÁRIO** | {{ cid\_secundario }} | **26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS** | {{ cid\_causas\_associadas }} |

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **27- Descrição do procedimento solicitado** |  | **28-Código do procedimento** |  |
| **29-Clinica** | {{ leito }} | **30-Caráter** | {{ carater\_de\_internação }} |
| **31 - DOCUMENTO** |  | **32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE** | {{ paciente\_cartao\_sus }} |
| **33-Nome do profissional solicitante/assistente** |  | **34-Data da solicitação:** | 35- Assinatura e carimbo |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 36-( )ACIDENTE DE TRÂNSITO 37-( )ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38-( )ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | |
| **39-CNPJ DA SEGURADORA** | **40-Nº DO BILHETE** | **41-SÉRIE** |
| **42-CPNJ EMPRESA** | **43- CNAE DA EMPRESA** | **44-CBOR** |
| 45-Vínculo com a previdência: ( )Empregado ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segurado | | |

**Autorização**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **46- Nome do Profissional autorizador** | {{ funcionario\_nome }} | **47- CÓD. ORGÃO EMISSOR** |  | **52- Assinatura e carimbo** |
| **48- DOCUMENTO** |  | **49- N Documento (CNS/CPF) do profissional autorizador** |  |  |
| **50- Data da Autorização** |  | **51- N da autorização de internação Hospitalar** |  |