



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

HOSPITAL MUNICIPAL DE ELDORADO DO CARAJÁS

2 - CNES

3003469

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DE ELDORADO DO CARAJÁS

4 - CNES

3003469

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

HENRIQUE SILVA VALERIANO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

3968

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700 5011 2517 8353

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/2004

9 - SEXO

MASCULINO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

CINEIA CARNEIRO DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

(94) 99134-5109

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

AVENIDA IGUACU , N 32, B TORRE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - INICIO DA INTERNAÇÃO

15/11/2025

15 - TERMINIO DA INTERNAÇÃO

16/11/2025

16 - TIPO DE ALTA

TRANSF. DE PACIENTE

17 - CEP

18 - UF

PA

19 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE 21 ANOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, DEU ENTRADA NA EMERGENCIA COM QUADRO DE TCE GRAVE EVIDENCIANDO OTORRAGIA EM AMBOS OUIDOS, CONFUSO, AGITADO, NAO COLABORATIVO, COM QUADRO DE REIBAXAMENTO DA CONSCIENCIA, PUPILAS ANISOCORIAS, GLASGOW 8, COM INTUBACAO OROTRAQUEAL .

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TCE GRAVE

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

REBAIXAMENTO DE CONSCIENCIA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

24 - CID 10 PRINCIPAL

S06.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO - TCE - MODERADO OU LEVE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

03.03.04.009-2

29 - CLÍNICA

CLÍNICA MÉDICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

92412432287

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WANDERSON SALVIANO DA SILVA

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/11/2025

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

CRM-PA: 21104

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

| | | | | | | | | | | | | | | |

39 - Nº DO BILHETE

| | | | | | | | | | | | | | | |

40 - SÉRIE

| | | | | | | | | | | | | | | |

41 - CNPJ EMPRESA

| | | | | | | | | | | | | | | |

42 - CNAE DA EMPRESA

| | | | | | | | | | | | | | | |

43 - CBOR

| | | | | | | | | | | | | | | |

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Ana Lúcia Pereira dos Santos

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

00381329232

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CRM-PA: 19561

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

| | | | | | | | | | | | | | | |