



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
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO FELIZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO FELIZ

2 - CNES
2 0 7 9 9 2 5

4 - CNES
2 0 7 9 9 2 5

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
VICTORRRRRRRRRRRRRRR

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DKWJHD KWDIW JDIW JUDIWIW WID UIOW UDIW UDIWU DIW UDIW UDI UWD UWD UWDU WIU DIW UDIW UDIW UD IWID WID UWID UWID UWI DUIW DIW UDIW UDIWU DIW DIWU DIWU DUW DI UWID UWIU DWI UDIW UDIW UDIW UDIUW ID UWID UWID UWID UIWU DIWU DIW DIWU DIWU DIWU DIW UDIUW DIW UDI UWDU WIDU WID UWID UWIDU WIDU IWU DIWU DIW UD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DKWJHD KWDIW JDIW JUDIWIW WID UIOW UDIW UDIWU DIW UDIW UDI UWD UWD UWDU WIU DIW UDIW UDIW UD IWID WID UWID UWID UWI DUIW DIW UDIW UDIWU DIW DIWU DIWU DUW DI UWID UWIU DWI UDIW UDIW UDIW UDIUW ID UWID UWID UWID UIWU DIWU DIW DIWU DIWU DIWU DIW UDIUW DIW UDI UWDU WIDU WID UWID UWIDU WIDU IWU DIWU DIW UD

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
DKWJHD KWDIW JDIW JUDIWIW WID UIOW UDIW UDIWU DIW UDIW UDI UWD UWD UWDU WIU DIW UDIW UDIW UD IWID WID UWID UWID UWI DUIW DIW UDIW UDIWU DIW DIWU DIWU DUW DI UWID UWIU DWI UDIW UDIW UDIW UDIUW ID UWID UWID UWID UIWU DIWU DIW DIWU DIWU DIWU DIW UDIUW DIW UDI UWDU WIDU WID UWID UWIDU WIDU IWU DIWU DIW UD

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/02/2026

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
09/02/2026

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR