



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

2 - CNES
2 0 7 9 9 2 5

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

4 - CNES
2 0 7 9 9 2 5

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE frfrfrfrfr		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - RAÇA/COR			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
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			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
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	
		10/02/2026	
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 SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO						
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	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		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
10/02/2026					