



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 | 2 - CNES |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO FELIZ | 2 0 7 9 9 2 5 |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | 4 - CNES |
| IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO FELIZ | 2 0 7 9 9 2 5 |

Identificação do Paciente

| | |
|---|--------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| PACIENTE GUSTAVO | 123242325 |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO |
| 3 2 1 3 1 4 9 1 0 4 1 8 | 01/01/2025 |
| 9 - SEXO | 10 - RAÇA/COR |
| Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 | CRENTE |
| 11 - NOME DA MÃE | 12 - TELEFONE DE CONTATO |
| MÃE DO GUSTAVO | 1 5 9 9 7 0 0 0 0 0 0 |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | 14 - TELEFONE DE CONTATO |
| MÃE DO GUSTAVO | |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | |
| ENDEREÇO GUSTAVO | |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO |
| NANUQUE | 3540606 |
| 18 - UF | 19 - CEP |
| MG | 3 9 8 6 0 9 7 0 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | | | |
|---|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | |
| PETISMO | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | |
| VOTAR NO LULA | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| FEZ O 13 NA URNA EM 2022 | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| FAZ O L EM QUALQUER CIRCUNSTANCIA | 013L | FAZOL | PT |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | |
|--|--|
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
| REMOÇÃO DE PT | 13PT |
| 29 - CLÍNICA | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO |
| PT13 | 13L |
| 31 - DOCUMENTO | 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| () CNS () 13PT | 1 3 |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO |
| LUIS INÁCIO LULE DA SILVA | 10/02/2026 |

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 | 1 2 3 2 1 1 1 2 9 3 8 | 1239872 | 1983721389 |
| 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | 42 - CNPJ EMPRESA | 43 - CNAE DA EMPRESA | 44 - CBOR |
| | 1 3 0 9 2 1 1 2 7 3 1 2 8 3 | 1232131897 | 123891731289 |
| 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 |
| LULE | SSP | 1312319318 |
| 48 - DOCUMENTO | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 1 () CNS () CPF | 1 2 3 1 3 | |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 10/02/2026 | | |