



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
Teste medico	1223444
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
2 3 2 2 4 4 3 4 2 3 4	11/02/2026
9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	Teste cor
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO
teste mãe	1 1 9 9 9 9 9 9 9 9 9
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO
Teste	1 1 8 8 8 8 8 8 8 8 8
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
rua teste	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
Porto Feliz	13211231
18 - UF	19 - CEP
SP	1 8 5 4 0 0 0 0

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Teste campo sintomas			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Teste campo condições			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Testee Diagnósticas			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Teste Inicial	CID Principal	CID Secundário	CID Associado

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Procedimento	2123243		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
2	Teste	( ) CNS ( ) 323514	1 2 4 1 3 3 4 2
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Teste medico	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	3 2 2 3 4 2 4 3 4 3 4	23232	33
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
	3 4 3 3 4 2 2 5 4 4 5	844884484	445354
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
Teste medico	Teste órgão	22321
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
Teste documento	4 3 5 4 3	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
10/02/2026		