



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					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																			
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										42 - CNPJ EMPRESA										43 - CNAE DA EMPRESA					44 - CBOR				
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO										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 () CNS () CPF					49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR										50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/02/2026										51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)									