



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

VICTORRRRRRRRRRRRRRR

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - NOME DA MÃE

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DWKJHD KWDIW JDIW JUDIWID WID UIOW UDIW UDIWU DIW UDIW UDI UWD UWD UWDU WIU DIW UDIW UDIW UD IWID WID UWID UWID UWI DIIW 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

DWKJHD KWDIW JDIW JUDIWID WID UIOW UDIW UDIWU DIW UDIW UDI UWD UWD UWDU WIU DIW UDIW UDIW UD IWID WID UWID UWID UWI DIIW 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)

DWKJHD KWDIW JDIW JUDIWID WID UIOW UDIW UDIWU DIW UDIW UDI UWD UWD UWDU WIU DIW UDIW UDIW UD IWID WID UWID UWID UWI DIIW 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

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/02/2026

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

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

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

09/02/2026