7	SUS

Sistema Ministério Único de da

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Saúde Saúde DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
Identificação do Estabelecimo	ento de Saúde—								
UPA PORTE III CASTANHAL "GO		IFI "				7 4	7 4 4	2 3	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEC		IEL						23	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE						6 - N	° DO PRONTU	ÁRIO	
3 - NOME BOT AGIENTE						0-14	DOT NOIVIO	AITIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			_C 8 - DATA DE NA	SCIMENTO	9 - SEXO-		10 -RAÇ	A/COR—	
				Ma		Fem. 3			
11 - NOME DA MÃE					DDD	2 - TELEFONE № 0	DE CONTATO O TELEFONE		
AS NOWE DO DESPONSÍVE						 4 - TELEFONE	DE CONTATO		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL					DDD	N° [OO TELEFONE		
-15 - ENDEREÇO (RUA, №, BAIRRO)									
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				47. CÓD IDO	MUNICÍPIO—	0 115	19 - CEP		
16 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA				17 - COD. IBGI	MUNICIPIO	1 1	19-02	1 1	
	шет	IFICATIVA DA	A INTERNA	CÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍ	NICOS-JUSI	IFICATIVA DA	A INTERNA	ÇAU					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INT	ERNAÇÃO								
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROV	AS DIAGNÓSTICAS (RES	SULTADOS DE EXAM	MES REALIZADOS	5)					
23 - DIAGNÓSTICO INIC	CIAL	24 - CID	10 PRINCIPAL—	25 - CID 1	0 SECUNDÁRIO-	26 - CID 10	0 CAUSAS ASS	OCIADAS	
	PRC	CEDIMENTO	SOLICITA	00					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITA	ADO				28	- CÓDIGO DO	PROCEDIMEN	TO	
29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER	DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENT		OOCUMENTO (CI	IS/CPF) DO PRO 	FISSIONAL SOI	LICITANTE/ASS	SISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/A	SSISTENTE	·	DATA DA SOLICI		NATURA E CARI	MBO (Nº DO RE	GISTRO DO C	ONSELHO)-	
			/ /	,		(1 1 - 1		,	
——PREENCHE	R EM CASO DE (CAUSAS EXT	ERNAS (AC	IDENTES C	U VIOLÊN	CIAS)——			
	39 - CNPJ DA SEG					° DO BILHETE-	41 -	SÉRIE-	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO									
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRES	SA	1 1 1	1 1 1	43 - CN/	AE DA EMPRES	SA—44 -	CBOR-	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGAD	DOR () AUT	ÔNOMO	() DESEMPRE	GADO	() APOSENT.	ADO	() NÃO SEG	GURADO	
	, , -				•		-		
—46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR—		——AUTORIZ	Ä AÇAO —— - CÓD. ÓRGÃO E	MISSOR— —52	- Nº DA AUTORI	ZAÇÃO DE INTE	ERNACÃO HOS	SPITALAR—	
.5		4"	302. ONOAO L	32	DAMOTORI	· · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
48 - DOCUMENTO 49 -	Nº DOCUMENTO (CNS/C	:PF) DO PROFISSIO	NAL AUTORIZAD	OR-					
() CNS () CPF									
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - AS	SSINATURA E CARIMBO	(Nº DO REGISTRO D	O CONSELHO)						