

Sistema Ministério Único de da Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

| ——Identificação do Estabelecimento de Saúde———— | |
|---|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | |
| | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | |
| | |
| | |
| Libert (16) and a first transfer | |
| Identificação do Paciente | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | 6 - N° DO PRONTUÁRIO |
| * | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NACIMENTO 1 - 9 - SEXO - 10 - RAÇA/COR - |
| TOTAL MADIONAL DE GAODE (GAO) | Masc. 1 Fem. 3 |
| | masc. 1 rem. 3 |
| 11 - NOME DA MÃE | 12 - TELEFONE DE CONTATO |
| | |
| | |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | 14 - TELEFONE DE CONTATO |
| | |
| 15 - ENDEREÇO (RUA,N°, BAIRRO) | |
| | |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 47 CÓD IDOS MUNICÍPIO 19 UE 10 CER |
| 10 - MONIOLLO DE LESIDENCIA | 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP |
| | |
| 111001110 101111 | A INTERNAÇÃO |
| JUSTIFICATIVA D | A INTERNAÇÃO |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 1 | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTIVAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 24.6 | CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL 24 - C | CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| | |
| | |
| PROCEDIMENTO | O SOLICITADO |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
| | 25 55555 25 1.10525 |
| | |
| 29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUME | |
| () CNS (|) CPF |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34 | - DATA DA SOLICITAÇÃO T 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | - BAIA DA SOLICITAÇÃO 33 - AGOINATORA E GARRINDO (Nº DO REGIOTRO DO GORGELITO) |
| - G | |
| DDEENOUED EN 0400 DE 04U040 EV | TERMAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EX | |
| 39 - CNPJ DA SEGURADORA | 40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE |
| 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | |
| 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | 42 CHAE DA EMPRECA 44 COOR |
| 42 - CNPJ EMPRESA | 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR |
| 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | |
| 45 - VINCULO COM A PREVIDENCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO | () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO |
| , | |
| AUTORIZAÇÃO — | |
| | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR———————————————————————————————————— | 17 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| | |
| 48 - DOCUMENTO 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| | IONAL AUTORIZADOR |
| () CNS () CPF | |
| 50-DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| | |