



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  
**COMPLEXO PEDIÁTRICO ARLINDA MARQUES**

2 - CNES

**2 3 9 9 3 1 8**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**COMPLEXO PEDIÁTRICO ARLINDA MARQUES**

4 - CNES

**2 3 9 9 3 1 8**

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

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

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

**Ortopedia**

**Eletiva**

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

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)



GOVERNO DA PARAIBA  
SUS- Sistema Único de Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde  
COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES  
Um pacto de amor com a criança

## AVISO DE CIRURGIA



**COMPLEXO  
PEDIÁTRICO**  
ARLINDA MARQUES

NOME:				REGISTRO:		
IDADE	SEXO:	COR:	CLINICA: Ortopedia		ENF.:	LEITO:
DATA:		HORA:		CIRURGIA:		
DIAGNOSTICO				GRUPO SANGUÍNEO:		
CIRURGIÃO		1º ASSISTENTE		ANESTESISTA A/C		TIPO ANESTESIA A/C
APARELHOS ESPECIAIS :						
SANGUE: 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO		QUANTIDADE PREVISTA:		RAIO X 1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO		BIÓPSIA DE 1 <input type="checkbox"/> SIM CONGELAÇÃO: 2 <input type="checkbox"/> NÃO
ASSINATURA DO CIRURGIÃO/ASSISTENTE:				RECEBIMENTO NO CENTRO CIRURGICO-DATA/HORA:		

DATA DA INTERNAÇÃO:



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
**COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES**  
Um pacto de amor com a criança

**Evolução Médica e Prescrição Médica**

IDENTIFICAÇÃO							
PACIENTE:							
ENF:		LEITO:		IDADE:		PESO:	

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA



SECRETARIA DE ESTADO DA PARAÍBA/ **Complexo de Pediatria Arlinda Marques**

Um pacto de amor com a criança

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº DO CADASTRO	00014273	Nº DO CPF/CGC	08778268000241		
NOME DA UNIDADE	COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES				
ENDEREÇO/Nº	RUA ALBERTO DE BRITO S/N				
BAIRRO	JAGUARIBE	MUNICÍPIO	JOÃO PESSOA	UF	PB
PACIENTE:			IDENT:		
ENDEREÇO:			IDADE:		
BAIRRO:			ORIGEM:	CPAM -JAGUARIBE	
DADOS CLÍNICOS PRÉ-OPERATÓRIO			ESPEC. MED. REQUISITANTE ORTOPEDIA		
MATERIAL A EXAMINAR			AMBULAT. ( ) ENFERM. ( ) HOSPITAL ( ) LEITO		
DATA:					
CARIMBO E ASSINATURA					





Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: **COMPLEXO PEDIÁTRICO ARLINDA MARQUES**

**Identificação do Paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**Identificação do Responsável:** *(No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).*

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o médico supracitado e os demais médicos vinculados à minha assistência, a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s):

Os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada.

Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais. Sei também que poderá ser necessária transfusão de sangue, sobre a qual fui devidamente informado dos riscos, ficando desde já pré-autorizada.

Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessária aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológico. Estou ciente também quanto aos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, conforme Consentimento Livre e Esclarecido específico já assinado.

Estou ciente que poderão ocorrer, além dos efeitos da anestesia, complicações cardiovasculares e respiratórias, sangramentos, infecções, entre outras complicações mais raras e complexas, e até potencialmente fatais. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde representar riscos à vida do paciente, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis e necessários, ficando estes desde já autorizados.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário, para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo meu médico assistente e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação. Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

## CPAM - João Pessoa

(Local)

, às horas e minutos.

1º via: Médico responsável | 2º via: Hospital (entregar na internação) | 3º via: Paciente

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e assinatura do Médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

**Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado “Não Obtido”:** Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Por este motivo, na tentativa de afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida, solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica do paciente, com base em avaliação técnica.

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do paciente ou responsável

às horas e minutos.

Local)

**Revogação deste consentimento:**



## Solicitação de Insumos não Padronizados

Medicamento [ ]  
Equipamento [ ]  
Procedimento [ ]

Demanda Judicial ☐ Urgência ☐ Emergência ☐

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Clínica: Ortopedia Leito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 1. Medicamento solicitado:

a) Nome Comercial: \_\_\_\_\_

b) Nome Genérico: \_\_\_\_\_

c) Concentração: \_\_\_\_\_

d) Forma Farmacêutica: \_\_\_\_\_

e) Posologia: \_\_\_\_\_

### 2. Equipamento:

---

---

---

### 3. Procedimento:

---

---

---

### 4. Justificativa Médica:

---

---

---

### 5. Avaliação Farmacêutica:

---

---

---

### 6. Parecer da Direção Técnica:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Médico Solicitante  
(Assinatura/Carimbo)

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico  
(Assinatura/Carimbo)

\_\_\_\_\_  
Diretor Técnico  
(Assinatura/Carimbo)



## Solicitação de Insumos não Padronizados

Medicamento [ ]  
Equipamento [ ]  
Procedimento [ ]

Demanda Judicial ☐ Urgência ☐ Emergência ☐

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Clínica: Ortopedia Leito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 1. Medicamento solicitado:

a) Nome Comercial: \_\_\_\_\_

b) Nome Genérico: \_\_\_\_\_

c) Concentração: \_\_\_\_\_

d) Forma Farmacêutica: \_\_\_\_\_

e) Posologia: \_\_\_\_\_

### 2. Equipamento:

---

---

---

### 3. Procedimento:

---

---

---

### 4. Justificativa Médica:

---

---

---

### 5. Avaliação Farmacêutica:

---

---

---

### 6. Parecer da Direção Técnica:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Médico Solicitante  
(Assinatura/Carimbo)

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico  
(Assinatura/Carimbo)

\_\_\_\_\_  
Diretor Técnico  
(Assinatura/Carimbo)