

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

5 - NOME DO PACIENTE :

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

9 - SEXO:

1 | MASC. 2 | FEM.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

11 - TELEFONE DE CONTATO:

12 - ENDEREÇO (RUA / AV. COMPLEMENTO, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF:

16 - CEP:

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADAS:

**PROCEDIMENTO SOLICITADO:**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO:

CNS

CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO:

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS):**

33 - ACIDENTE DE TRANSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A EMPRESA:

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO:**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓDIGO ÓRGÃO EMISSOR:

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

45 - DOCUMENTO:

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CNS

CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):