SUS Estado De Santa Catarina — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES

3 - 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 (Masc. 1 / Fem. 3)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | 11 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 CAUSAS 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 TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº DO BILHETE | 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA | 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

47-DATA DA AUTORIZAÇÃO | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)