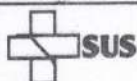




# Hospital Maternidade Santa Theresinha



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

**Hospital Maternidade Santa Theresinha**

3 - Nome do Estabelecimento Executante

2 - CNES

2 2 9 2 2 7 0

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. ☒

Fem. ☒

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

( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

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 - ( ) Acidentado em 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 - CHOR

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)