



Ministério
da
Saúde



HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS
Praça Honorato Alves, 22, Centro – Montes Claros/MG Tel: (38) 3229-2000



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

IRMANDADE NSA SRA MERCÊS MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

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 ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Exame clínico neurológico radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

DOR CRÔNICA

R521

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

0415020077

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

50 - Data Interna

28 - DOCUMENTO

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

NEUROCIR

ELETIVA

CNS

705.0066.7071.6058

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

LEANDRO FROES BATISTA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO TÍPICO

35 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÉICULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - ORGÃO EMISSOR

53 - TIPO

51 - SITUAÇÃO LAUDO

52 - PROBLEMA

☐ CANCELADO

☐ AUTORIZADO

☐ MP

☐ SIM

☐ NÃO

45 - DOCUMENTO

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

☐ CNS ☐ CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR