



ANEXO I
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO

1-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2-CNES
3-ESTABELECIMENTO RECELIANTE	4-CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-PACIENTE PACIENTE		6-Nº REGISTRO	
7-CARTÃO NACIONAL SUS	8-DATA NASC	9-Mês (coluna 1)	10-Dia (coluna 2)
11-IDENTIFICAÇÃO DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11- RELACIONE DE CONTATO
12-ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)			
13-MUNICÍPIO	14-UF	15-DUF	16-CIDUF

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17-INDICAR AS PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS			
18-CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19-INDICAR OS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20-DIAGNÓSTICO INICIAL	21-CBO 10 PRINCIPAL	22-CBO 10 SECUNDÁRIO	23-CBO 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25-LEITO CLÍNICA	26-CARATE DA INTERNAÇÃO	27-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28-CBO DO PROCEDIMENTO		29-DY SOLICITAÇÃO / /	30-CNSCF
31-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32- () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33- () OUTRA CAUSA ADICIONAL	34- () DOBRO	35- ()
36- () ACIDENTE TRABALHISTICO	37- () OUTRA	38- () OUTRA	39- ()
40- () ACIDENTE TRABALHISTICO			
41- () RECEBI	DESCRIÇÃO DA MOTIVADA DA LEITURA ACORDADA COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42- () SECUNDÁRIO	43- () SIM	44- () NÃO	45- () NÃO

AUTORIZAÇÃO

46-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47-NOME DO PROFISSIONAL PARA O CONTROLE E AVALIAÇÃO DE FORMA	48-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHT)
49-DY AUT. / /	50-DY AUT. / /	
51-CNSCF	52-CNSCF	
53-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. DO CONSELHO)	