

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

COMUNICAÇÃO DE OCUPAÇÃO DE LEITO SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

TEL. DO MÉDICO SOLICITANTE:	CELULAR DO MÉDICO SOLICITANTE:	FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU DATILOGRAFADA
TEL. DA U.S. SOLICITANTE:	CELULAR DA U.S. SOLICITANTE:	
NOME DO HOSPITAL (CONFORME FCES):		DADOS FORNECIDOS PELA CREG
MUNICÍPIO DA U.S.:	CGC/CNPJ:	
CLÍNICA SOLICITANTE:	TIPO DE LEITO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> INFANTIL	
REGISTRO DO PACIENTE:		
Nº DA AUTORIZAÇÃO:		

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASC.:	SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	TELEFONE:	
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI/RESPONSÁVEL:			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:	ENDEREÇO DO PACIENTE:		
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP:	UF: <input type="text"/>

CAUSAS EXTERNAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

(CONFORME DEFINIDO PELA PORTARIA GM/MS Nº 1968 DE 25/10/2001 E PORTARIA SE/SAS/MS Nº 88 DE 29/11/2001)

CAUSA EXTERNA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO DE CAUSA EXTERNA:		
ACIDENTE DE TRÂNSITO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CGC/CNPJ DA SEGURADORA:	Nº DO BILHETE:	SÉRIE:
ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO:	
CID PRINCIPAL (CID 10):	CDBO-R (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO RESUMIDA CONFORME ANEXOS II E III DAS PORTARIAS):		
CID SECUNDÁRIO (CID 10):	CNAE-R (CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS RESUMIDAS):		

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTER.:	HORA DA INTER.:	CPF MÉD. SOLICITANTE:	CPF MÉD. RESPONSÁVEL:
CARÁTER DA INTERNAÇÃO (CÓD. 2 DÍGITOS, TABELA DO SIH): <input type="text"/>	PROC. SOLICITADO (CÓD. 8 DÍGITOS, TABELA DO SIH): <input type="text"/>	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CID10):	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:		
RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE:			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CID10):

DATA, ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO SOLICITANTE	DATA, ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DA UNID. SOLICITANTE OU RESPONSÁVEL	DATA, ASSINATURA E CARIMBO SECRET./SUB-SECRET. SMS. OU RESPONSÁVEL	DATA, ASSINATURA E CARIMBO CENTRAL DE REGULAÇÃO