

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante	CNES
Nome do Estabelecimento de Saúde Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Apelido	Nº Prontuário
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento:	Sexo
		M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
		Raça/Cor Etnia
Nome da Mãe	DDD	Telefone de Contato
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato
Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)		
Nº	Bairro	Município de Residência
		Código IBGE do Município
		UF CEP
Ponto de Referência	Documento	Nº
	CPF	RG
	R.Civil	PIS/PASEP
		Ignorado
Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do Procedimento Solicitado – Anterior	Cód. do Procedimento – Anterior		
Descrição do Procedimento Solicitado – Mudança	Cód. do Procedimento – Mudança		
Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Descrição do Procedimento Principal:	Cód. do Procedimento – Principal
--------------------------------------	----------------------------------

SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE     DIÁRIA DE UTI TIPO I     DIÁRIA DE UTI TIPO II     DIÁRIA DE UTI TIPO III

Descrição do Procedimento Especial	Código do Procedimento Especial	QTDE
Descrição do Procedimento Especial	Código do Procedimento Especial	QTDE
Descrição do Procedimento Especial	Código do Procedimento Especial	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

--

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante/Assistente	
Nº do CNS do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Conselho de Classe
Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº do Conselho de Classe

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Nº do Conselho de Classe:
Nº do CNS do Profissional Autorizador	Código do Órgão Emissor
Tipo de Autorização	Status da Autorização
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> AIH GERAL <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> AIH CNRAC <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> AIH C. ELETIVA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Rejeitado <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Cancelado
Data da Autorização	Assinatura do Autorizador/Carimbo/Registro do Conselho de Classe

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento de Saúde Executante:	CNES:
--	-------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº Prontuário
------------------	--------------------------------	---------------

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (AIS) - CONTINUAÇÃO

Descrição do Procedimento Especial	Cód. do Procedimento Especial	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (Continuação)

--

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante/Assistente	
Nº do CNS do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Conselho de Classe
Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Nº do Conselho de Classe:
Nº do CNS do Profissional Autorizador:	Código do Órgão Emissor
Tipo de Autorização <input type="checkbox"/> 1 AIH GERAL <input type="checkbox"/> 3 AIH CNRAC <input type="checkbox"/> 5 AIH C. ELETIVA	Status da Autorização <input type="checkbox"/> 1 Autorizado <input type="checkbox"/> 2 Rejeitado <input type="checkbox"/> 3 Cancelado
Data da Autorização	Assinatura do Autorizador/Carimbo/Registro do Conselho de Classe