

mem BAM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - RJ  
CISA - CENTRO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE -  
REDE DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



### LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

COMUNICAÇÃO DE OCUPAÇÃO DE LEITO     SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

TEL. DO MÉDICO SOLICITANTE	CELULAR DO MÉDICO SOLICITANTE	<b>FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU DATILOGRAFADA</b>
TEL. DA U.S. SOLICITANTE <b>(22) 3853-4089 - 3853-6013</b>	CELULAR DA U.S. SOLICITANTE	
NOME DO HOSPITAL (CONFORME FCES): <b>HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA</b>		DADOS FORNECIDOS PELA CREG
MUNICÍPIO DA U.S. <b>S. A. de Pádua</b>	CNPJ <b>05.797.356/0001-11</b>	REGISTRO DO PACIENTE
CLÍNICA SOLICITANTE	TIPO DE LEITO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> INFANTIL <input type="checkbox"/> MISTO	Nº DA AUTORIZAÇÃO

#### DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	TELEFONE:	CARTÃO SUS:
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	CNPJ 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 INTER	HORA DA INTER.	CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL
CARÁTER DA INTERNAÇÃO (COD. 2 DÍGITOS TABELA SIH) <input type="text"/>	PROC. SOLICITADO (COD. 8 DÍGITOS TABELA SIH) <input type="text"/>	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CID 10)	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		
RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE			

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CID 10)

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