

**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 US. SOLICITANTE <b>(22) 3853-4089 * 3853-6013</b>	CELULAR DA US. SOLICITANTE	
NOME DO HOSPITAL (CONFORME FCES) <b>HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA</b>		
MUNICÍPIO DA U.S. <b>S.A. de Pádua</b>	CNPJ <b>05.797.356/0001-11</b>	DADOS FORNECIDOS PELA CREG
CLÍNICA SOLICITANTE	TIPO DE LEITO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> INFANTIL <input type="checkbox"/> MISTO	REGISTRO DO PACIENTE
		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		

**CAUSAS EXTERNAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO**

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 TRÂNSITO DE TRAJETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ACIDENTE DE TRÂNSITO TÍPICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO	
CID PRINCIPAL (CID 10)	ODBO R (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO RESUMIDA CONFORME ANEXO II E III DAS PORTARIAS)		
CID SECUNDÁRIO (CID 10)	CNAE R (CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICA RESUMIDAS)		

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

DATA INTER.	HORA DA INTER.	CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL
CARÁTER DA INTERNAÇÃO (CÓD 2 DÍGITOS TABELA SH) <input type="checkbox"/>	PROC. SOLICITADO (CÓD 8 DÍGITOS TABELA SH)	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONFORME CÓD 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