



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (AIS)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1-Estabelecimento solicitante Congr. Servas de Maria Repar. - Hosp N. Sra Dores	2-CNES 2380331
3-Estabelecimento executante Congr. Servas de Maria Repar. - Hosp N. Sra Dores	4-CNES 2380331

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome do paciente Luiz Eduardo Trindade De Sa				6-Nº prontuário / Nro Intern 31636 / 89756			
7-Cartão nacional de saude		8-Data Nasc. 19/03/1996		9-Sexo Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		10-Raça/cor Branca	
11-Nome da mãe Leni Sutil Da Trindade					12-Telefone de contato 999261999		
13- Nome do Responsável O paciente					14-Telefone de contato		
15-Endereço (Rua,Nº,Bairro) Rua Oscar Streme, 625,Lot. Parizoto							
16-Município Capinzal			17-IBGE 420390		18-UF SC		19-CEP 89665000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20-Descrição do procedimento solicitado - Anterior			21-Cod. do procedimento - Anterior		
22-Descrição do procedimento solicitado - Mudança			23-Cod. do procedimento - Mudança		
24- Diagnóstico Inicial		25- CID 10 Principal	26- CID 10 Secundário		27- CID 10 Causas Associadas

Solicitação de Procedimento (os) especial (ais)

28-Descrição do procedimento Principal	29-Cod. do procedimento Principal	
30-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		
31-Descrição do procedimento Principal	32-Cod. do procedimento Principal	33- Qtde
34-Descrição do procedimento Principal	35-Cod. do procedimento Principal	36- Qtde
37-Descrição do procedimento Principal	38-Cod. do procedimento Principal	39-Qtde

40 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41-Nome do profissional solicitante LEONEL FLORESBELO DIAS		42-Data Solicitação 18/07/2018
43-Documento () CNS () CPF	44-Nº documento(CNS/CPF)prof. solicitante 27100391091	45-Assinatura e carimbo (Nro do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

46-Nome do profissional autorizador	47-Cód. órgão emissor	48-Data da autorização ____/____/____
49-Documento () CNS () CPF	50-Nº documento(CNS/CPF) prof. autorizador	51-Assinatura e carimbo(Nº do registro do conselho)