

 <div>Sistema Único de Saúde</div>	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 saúde	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 Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

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)	