

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

|   |               | IDENTIF         | ICAÇÃO I      | DO EST                      | ABELEC                            | IMENTO                                   | )  |                             |           |                               |            |  |  |
|---|---------------|-----------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|-----------|-------------------------------|------------|--|--|
| 1-Estabelecimento solicitante   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             | 2-CNES    | 2-CNES                        |            |  |  |
| Congr. Servas de Maria Repar Hosp N. Sra Dores  |               |                 |               |                             |                                   |  |  | 2380331                     |           |                               |            |  |  |
| 3-Estabelecimento executante  |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             | 4-CNES    |                               |            |  |  |
| Congr. Servas de Maria Repar Hosp N. Sra Dores  IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             | 2380331   |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 5-Nome do paciente  Luiz Eduardo Trindade De Sa   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           | <b>636 / 89756</b>            | intern     |  |  |
|   |               |                 | 8-Data        | 8-Data Nasc. 9              |                                   |  | 9-Sexo                                   |                             |           | 10-Raca/cor                   |            |  |  |
| Todalas nasisnaras sauds  |               |                 |               | 19/03/1996                  |                                   |  | X Fem.                                   |                             |           | Branca                        |            |  |  |
| 11-Nome da mãe  |               |                 |               |                             |                                   | •  |  | 12-Telef                    | one       | de contato                    |            |  |  |
| Leni Sutil Da Trindade  |               |                 |               |                             |                                   |  |  | 999261                      | 999261999 |                               |            |  |  |
| 13- Nome do Responsável   |               |                 |               |                             |                                   | 14-Telefone de contato                   |  |                             |           |                               |            |  |  |
| O paciente  15 Endorses (Pus N/9 Poirre)  |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 15-Endereço (Rua,Nº,Bairro)<br>Rua Oscar Streme, 625,Lot.   | Parizoto      |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 16-Municipio 17-IBGE  |               |                 |               |                             |                                   | 18-UF 19-CEP                             |  |                             |           |                               |            |  |  |
| Capinzal  |               |                 |               | 420390                      |                                   |  | SC                                       |                             |           | 89665000                      |            |  |  |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 20-Descrição do procedimento solicitado - Anterior 21-Cod. do procedimento - Anterior   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 22-Descrição do procedimento solicitado - Mudança   |               |                 |               |                             |                                   | 2. Coar do procedimento 7 anone.         |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   | 23-Cod. do procedimento - Mudança        |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             | 20 00a. ao procedimento ividuança |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 24- Diagnóstico Inicial 25- C   |               |                 | 25- CID 10    | CID 10 Principal 26- CID 1  |                                   |  | 10 Secundário 27- C                      |                             |           | CID 10 Causas Associadas      |            |  |  |
|   |               |                 | 20 010 10     |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| Solicitação de Procedimento (os) especial (ais)   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| , , ,   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 28-Descrição do procedimento Principal  |               |                 |               |                             | 29-Cod. do procedimento Principal |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 20 Caliatra a da diária da LIT  | 1 -/          |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 30-Solicitação de diária de UT  |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| ( ) Diaria de Acompanhante ( ) Diaria de UTI Tipo I ( ) Diaria de UTI Tipo II   |               |                 |               |                             |                                   |  | ( ) Diaria de UTI Tipo III               |                             |           |                               |            |  |  |
| 31-Descrição do procedimento Principal  |               |                 |               |                             |                                   | 32-Co                                    | 32-Cod. do procedimento Principal 33- Qt |                             |           |                               |            |  |  |
| 34-Descrição do procedimento Principal  |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   | 35-Cod. do procedimento Principal 36- Q  |  |                             |           |                               | 36- Qtde   |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 37-Descrição do procedimento Principal  |               |                 |               |                             |                                   | 38-Cod. do procedimento Principal 39-Qto |  |                             |           |                               | 39-Qtde    |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 | ISTIFICAT     |                             |                                   |  |  | ,                           |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           | aúde - SUS, da red            |            |  |  |
|   |               |                 | •             |                             | o a parturi                       | ente, de 1                               | 1 (u                                     | m) acon                     | npan      | hante durante todo            | o periodo  |  |  |
| trabamo   | o de parto, p | arto e pós-pa   | no imediato.  |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| § 1° - O  | acompanha     | nte de que trat | a o caput de  | ste artigo s                | será indicad                      | do pela par                              | turi                                     | ente.                       |           |                               |            |  |  |
| § 1° - O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.<br>§ 2o As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão regulamento da lei a ser |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| elabora   | do pelo órgão | o competente    | do Poder Ex   | ecutivo.                    |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               | PR              | OFISSIO       | NAL SO                      | LICITAN                           | TE                                       |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 41-Nome do profissional solicitante   |               |                 |               |                             |                                   |  | 42-Data Solicitação                      |                             |           |                               |            |  |  |
| LEONEL FLORESBELO DIAS  |               |                 |               |                             |                                   |  | 18/07/2018                               |                             |           |                               |            |  |  |
|   |               |                 |               |                             |                                   | atura e car                              | imb                                      | o (Nro d                    | o reg     | gistro do conselho)           |            |  |  |
| ( ) CNS ( ) CPF 27100391091   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| AUTORIZAÇÃO   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| 46-Nome do profissional autorizador   |               |                 |               | 47-Cód. órgão er            |                                   |  | ao emiss                                 | ssor 48-Data da autorização |           |                               |            |  |  |
| 49-Documento 50-Nº document   |               |                 | nento(CNS/C   | (CNS/CPF) prof. autorizador |                                   |  | 51-Assinatura e carimbo                  |                             |           | o(Nº do registro do conselho) |            |  |  |
| io Doddinolito  |               | JOIN GOOGII     | .5.1.0(0140/0 | , pioi. a                   | GIOTIZACIOI                       | O I - Alsoli                             | atu                                      | ia o caill                  |           | ( ao registro do c            | 0.1001110) |  |  |
| ( ) ONO ( ) ODE   |               |                 |               |                             |                                   |  |  |                             |           |                               |            |  |  |
| ()CNS()CPF  |               |                 |               |                             |                                   | 1  |  |                             |           |                               |            |  |  |