



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MARIANA MARIA DE JESUS

## LAUDO MÉDICO PARA EMIÇÃO DE AIH



SISREG - Sistema de Informação de Regulação das Ações de Saúde

US EMISSORA DO LAUDO

REGISTRO PACIENTE

NOME DO HOSPITAL

CNPJ

CLÍNICA SOLICITANTE

Nº AUTORIZAÇÃO

TIPO DE LEITO

MASC.: ☐ MISTO: ☐

FEM.: ☐ INF.: ☐

### DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

DOCUMENTO

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

UFF

DATA NASC.: / /

SEXO: FEM ☐

MASC ☐

TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL

### DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉD. SOLICITANTE

CPF MÉD. RESPONSÁVEL

ASS. MÉD. RESPONSÁVEL

C. INT.

PROC. SOLICITANTE

DESCRIÇÃO

DIAG. PRINC. (CID 10)

DESCRIÇÃO

RECURSOS NECESSÁRIOS

REGIÃO ABRANGÊNCIA

DATA DE INTERNAÇÃO / /

HORA DE INTERNAÇÃO:

### LAUDO TÉCNICO

PRINCIPAIS CAUSAS:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Data, Assinatura e Carimbo  
Médico Solicitante

Data, Assinatura e Carimbo  
Direção da Unidade Solicitante

Data, Assinatura e Carimbo



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL  
MARIANA MARIA DE JESUS

## LAUDO MÉDICO PARA EMIÇÃO DE AIH



SISREG - Sistema de Informação de Regulação das Ações de Saúde

US EMISSORA DO LAUDO

REGISTRO PACIENTE

NOME DO HOSPITAL

CNPJ

CLÍNICA SOLICITANTE

Nº AUTORIZAÇÃO

TIPO DE LEITO

MASC.: ☐ MISTO: ☐

FEM.: ☐ INF.: ☐

### DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

DOCUMENTO

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

CEP

UFF

DATA NASC.: / /

SEXO: FEM ☐

MASC ☐

TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL

### DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉD. SOLICITANTE

CPF MÉD. RESPONSÁVEL

ASS. MÉD. RESPONSÁVEL

C. INT.

PROC. SOLICITANTE

DESCRIÇÃO

DIAG. PRINC. (CID 10)

DESCRIÇÃO

RECURSOS NECESSÁRIOS

REGIÃO ABRANGÊNCIA

DATA DE INTERNAÇÃO / /

HORA DE INTERNAÇÃO:

### LAUDO TÉCNICO

PRINCIPAIS CAUSAS:

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Data, Assinatura e Carimbo  
Médico Solicitante

Data, Assinatura e Carimbo  
Direção da Unidade Solicitante

Data, Assinatura e Carimbo