



Hospital Maternidade Santa Teresinha

Secretaria Municipal de Saúde

Cadastro AIH (Digitação)

Apres.

Nome do Paciente:

N °AIH

Tipo:

Prontuário:

Data de Internação:

Data de Saída:

Procedimento Solicitado:

Mudança de Proc.:

Procedimento Principal:

Mudança de Proc.:

Especialidade:

Caráter de Atendimento:

CID principal:

CID Secundário:

CID Causas Assoc.:

Enfermaria:

Leito:

Motivo Saída/ Permacência:

CID Causa Morte:

CPF do Prof. Solic.:

CPF do Prof. Resp.:

CPF do Autorizador:

Data
Autoriz.

AIH
Anterior

AIH
Posterior

CNPJ Empregador:

CNAER

Vínculo
Previdência

CBO
Completa

Solicitação da Liberação:

Linha	Procedimento	Quant.	CPF	CBO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Sisprenatal

Nº
Vivos

Nº
Óbitos

Alta /
Transferência