

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL

Portaria nº 237 de 31 de janeiro de 2008

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA no uso de suas atribuições:

Considerando o inciso XI, do artigo 17, da Lei nº 8.080 de 19/09/1990, que define como competência estadual estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

Considerando a necessidade de adequar o Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar e o Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimentos e de Procedimento(s) Especial(ais), para a internação hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com a Portaria SAS nº. 719 de 28 de dezembro de 2007,

R E S O L V E:

Art. 1º - Definir os modelos de Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (Anexo I) e Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimento e de Procedimento(s) Especial(ais) (Anexo II), como padrão para utilização em toda a rede credenciada do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia.

Parágrafo 1º - O Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar e o Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimento e de Procedimento(s) Especial(ais) deverão ser preenchidos pelo profissional solicitante e assinados, também, pelo Diretor Clínico do estabelecimento hospitalar executante, e encaminhados para autorização do órgão emissor, conforme definido nos atos normativos em vigor;

Parágrafo 2º - Os modelos de laudos (Anexos I e II) e as Instruções de Preenchimento (Anexo III) constantes desta Portaria serão disponibilizados para download no endereço: www.saude.ba.gov.br.

Parágrafo 3º - O Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento(s) Especial(ais) consta de duas (02) folhas;

Parágrafo 4º - A segunda folha do Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento(s) Especial(ais) (Anexo II), só deverá ser utilizada se for necessária a Solicitação/Autorização de mais de três (03) procedimentos especiais.

Parágrafo 5º - Fica a critério do gestor e da necessidade do prestador, a impressão da segunda folha do Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento(s) Especial(ais), a qual poderá ser feita também no verso da primeira.

Art. 2º - Os gestores municipais poderão acrescentar campos para informações complementares que julguem necessárias, sem suprimir informações ou alterar a ordem dos campos definidos nos Anexos I e II desta Portaria.

Art. 3º - A emissão dos referidos Laudos está restrita aos seguintes profissionais, conforme estabelecido pela Portaria MS/SAS 743/2005:

I - Médico;

II - Cirurgião-dentista;

III - Enfermeiro obstetra.

Parágrafo Único – Os profissionais especificados neste artigo deverão emitir laudos apenas com procedimentos pertinentes à sua área de atuação, devidamente reconhecida pelos respectivos Conselhos de Classe.

Art. 4º - O Profissional Autorizador deverá observar o fiel cumprimento das disposições contidas nesta Portaria, sendo responsabilizado pelas autorizações em desacordo com as normas vigentes.

Art. 5º - Esta Portaria entrará em vigor a partir de 1º de fevereiro de 2008, revogando a Portaria nº. 1.734 de 08 de agosto de 2006 e demais disposições em contrário.

Jorge José Santos Pereira Solla
Secretário Estadual da Saúde



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Data da Emissão / /

Hora da Emissão : h

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante	CNES
Nome do Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Apelido		Nº Prontuário	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento	Sexo Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3	Possui outro Convênio Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Raça/Cor
Nome da Mãe		Nome do Responsável			DDD Telefone de Contato
Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)		
Nº	Bairro	Município de Residência	Código IBGE do Município	UF	CEP
Ponto de Referência	Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado		Nº		

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. de Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	--------------------	-----	-----------------------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Condições que Justificam a Internação

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notific. Compulsória
---------------------	------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento Solicitado
Código do Caracter da Internação	Clinica	Leito Complementar
Equipamentos Requeridos para Internação		

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante		
DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Conselho de Classe
Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profs. Solicitante/Assistente/Nº Cons. de Classe	Data desejada p/ internação

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> AC DE TRÁNSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> ACID.TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
<input type="checkbox"/> AC.TRAB/TRAJETO			
Vínculo com a Previdência	<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		(Espaço Reservado para Colar a Etiqueta com dados da Autorização)
Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	Nº do CNS/CPF Profs. Autorizador	
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor	
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante	CNES
Nome do Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Apelido		Nº Prontuário	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Data de Nascimento	Sexo Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Possui outro Convênio Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Raça/Cor
Nome da Mãe		Nome do Responsável		DDD	Telefone de Contato
Município de Nascimento	UF	Nacionalidade	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)		
Nº	Bairro	Município de Residência	Código IBGE do Município	UF	CEP
Ponto de Referência		Documento	[] CPF [] RG [] R.Civil [] PIS/PASEP [] Ignorado		
		Nº			

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. de Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	--------------------	-----	-----------------------------------

Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do Procedimento Solicitado - Anterior	Cód. do Procedimento - Anterior		
Descrição do Procedimento Solicitado - Mudança	Cód. do Procedimento - Mudança		
Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (AIS)

Descrição do Procedimento Principal	Cód. do Procedimento - Principal	
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		
Descrição do Procedimento Especial	Cód. do Procedimento Especial	QTDE
Descrição do Procedimento Especial	Cód. do Procedimento Especial	QTDE
Descrição do Procedimento Especial	Cód. do Procedimento Especial	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

--

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante		
DOCUMENTO [] CNS [] CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Conselho de Classe
Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº do Conselho de Classe	

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		
Documento CNS CPF	Nº do CNS/CPF do Profissional Autorizador	Código do Órgão Emissor
Data da Autorização	Assinatura do Autorizador/Carimbo/Registro do Conselho de Classe	



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Executante	CNES
------------------------------------	------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº Prontuário
------------------	--------------------------------	---------------

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (AIS) - CONTINUAÇÃO

Descrição do Procedimento Especial	Cód. do Procedimento Especial	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (Continuação)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

DOCUMENTO CNS	CPF	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	Nº do Conselho de Classe
Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe	

AUTORIZAÇÃO

Documento CNS	CPF	Nº do CNS/CPF do Profissional Autorizador	Código do Órgão Emissor
Data da Autorização		Assinatura do Autorizador/Carimbo/Registro do Conselho de Classe	



ANEXO III

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

1. LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO I)

É o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimento de saúde com internação (públicos federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O Laudo contém informações de identificação do paciente, sobre a anamnese, exame físico, exames complementares, justificativa da solicitação; dados de identificação diretor clínico da unidade executante, do profissional solicitante e autorizador; diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, em 02 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor/Autorizador de AIH da SES ou SMS e a segunda, anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

O laudo de solicitação de internação eletiva deve ser autorizado antes da realização da mesma. O prazo entre a solicitação e a autorização deve ser de até 15 dias. O laudo emitido para internação de urgência, deve ser autorizado no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis.

Observação: O preenchimento da data da emissão do Laudo é obrigatória. A hora de emissão, existente no primeiro quadro do laudo, deverá ser preenchida para utilização pelas centrais de regulação.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Campo 01 – Nome do Estabelecimento Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 02 – CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

Campo 03 – Nome Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 – CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 05 – Nome do Paciente: Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.

Campo 06 - Apelido: Registrar informação a respeito da existência de outro nome pelo qual o paciente é conhecido.

Campo 07 - Nº do Prontuário: número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 08 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 09 – Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa;

Campo 10 – Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um “X” no quadro indicativo: 1 - Masculino ou 3 - Feminino.

Campo 11 - Convênio: Obter informação se o paciente possui ou não convênio (plano de saúde).



Campo 12 – Raça ou a Cor – Preencher com a raça ou a cor do paciente, ou seja, branca, preta, Parda, amarela, indígena ou sem informação.

Campo 13– Nome da Mãe ou Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.

Campo 14 – Nome do Responsável: Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente.

Campo 15 – Telefone de Contato: Preencher com o código DDD e o número de telefone que possa ser acionado pelo hospital para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 16 – Município de Nascimento: Preencher com o nome do município que o paciente nasceu.

Campo 17– Unidade da Federação (UF) de Nascimento: Preencher com o nome da UF onde o paciente nasceu.

Campo 18 – Nacionalidade: Preencher com o nome do país onde o paciente nasceu.

Campo 19 – Endereço Residencial: Preencher com o endereço completo - rua, avenida e complemento.

Campo 20– número: Preencher com o número da residência.

Campo 21 – Bairro: Preencher com o nome do bairro onde o paciente reside.

Campo 22 – Município de Residência: Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.

Campo 23 – Código IBGE do Município: Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.

Campo 24 – UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF) de residência do paciente. Utilizar duas letras.

Campo 25 – CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro de residência. Não deve ser registrado o código genérico.

Campo 26 – Ponto de Referência: Preencher descrevendo o ponto de referência da localização do endereço residencial do paciente.

Campo 27 – Documento: Preencher com o número do documento do paciente apresentado no momento da solicitação de internação e marcar com “X” no quadro correspondente ao tipo de documento.

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Campo 28 – Nome do Diretor Clínico: Preencher com o nome do Diretor Clínico do Estabelecimento Executante.

Campo 29 – Nº do Conselho de Classe: Preencher com o número do registro do Conselho de Classe do Diretor Clínico do Estabelecimento Executante.

Campo 30 – CPF: Preencher com o número do CPF do Diretor Clínico do Estabelecimento Executante.

Campo 31 – Assinatura do diretor Clínico: O diretor clínico do Estabelecimento Executante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do CPF e nº do registro no Conselho de Classe.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Campo 32 – Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Preencher com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente. Incluir dados da anamnese e do exame físico.

Campo 33 – Condições que Justificam a Internação: Preencher com as condições clínicas do paciente que justificam a sua internação.

Campo 34 – Principais Resultados de Provas Diagnósticas: Preencher com os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados antes da internação do paciente.



Campo 35 – Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou com a hipótese diagnóstica.

Campo 36 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar (obrigatório);

Campo 37 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base;

Campo 38 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.

Obs: Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 37 e 38 não são obrigatórios, exceto nos casos previstos em normalização específica, estabelecida pelo gestor federal, estadual ou municipal.

Campo 39 – Nº da Notificação Compulsória: Preencher com o número constante no formulário de notificação compulsória, quando se tratar de doença de notificação compulsória.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 40 – Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme a Tabela do SUS.

Campo 41 – Preencher com o código do procedimento para o qual está sendo solicitada a internação, de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 42 – Preencher com o código do caráter da internação, de acordo com a tabela especificada no Manual do SIH.

Campo 43 – Preencher com a especialidade do leito/clínica.

Campo 44 – Leito Complementar: Preencher nos casos de necessidade de utilização de leito complementar. Campo de importância para a regulação.

Campo 45 – Equipamentos Requerido para Internação: Preencher nos casos de necessidade de utilização de equipamento especial para o tratamento do paciente.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo 46 – Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome completo do profissional que solicita a internação (responsável pela emissão do laudo), o qual deve estar cadastrado no CNES.

Campo 47 – Documento: Marcar com um “X” no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 48 – Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 49 – Nº do Conselho de Classe: Preencher com o nº do Conselho de Classe do profissional solicitante/assistente.

Campo 50 – Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 51 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do CPF e nº do registro no conselho de classe.

Campo 52 – Data para internação: Preencher com a data desejada para a internação do paciente, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Preencher apenas em caso de CAUSAS EXTERNAS (Acidentes ou Violências)

Campo 53 - ACIDENTE DE TRÂNSITO – Marcar com um “X”, se for o caso;

Campo 54 – ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO – Marcar com um “X”, se for o caso;

Campo 55 - ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO – Marcar com um “X”, se for o caso;

Campo 56 – Preencher com o CNPJ da Seguradora, em caso de acidente de trânsito.



- Campo 57 – Preencher com o número do bilhete do seguro.
Campo 58 – Preencher com o número de série do bilhete.
Campo 59 – Preencher com o CNPJ da empresa empregadora – se acidente de trabalho.
Campo 60 - Preencher com o número do Código Nacional de Atividade Econômica - CNAE da empresa empregadora.
Campo 61 - Preencher com o Código Brasileiro de Ocupação Reduzido/CBOR do acidentado.
Campo 62 – Vínculo com a Previdência: Marcar com um “X” o vínculo com a previdência.

AUTORIZAÇÃO

- Campo 63 – Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar
Campo 64 – Marcar com um “X” no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo Autorizador.
Campo 65 - Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional autorizador.
Campo 66 – Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005 e cadastrado na SESAB.
Campo 67 - Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).
Campo 68 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do CPF e nº do registro no conselho de classe.
Campo 69 - Reservado para registrar o número da AIH quando autorizado. Deverá ser utilizado o aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das AIH, por meio do Módulo Autorizador disponibilizado no endereço: WWW.saude.ba.gov.br/autorizador.

2. LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (AIS) (ANEXO II)

É o documento para solicitação de procedimentos especiais e/ou para mudança de procedimento a ser preenchido pelo profissional solicitante/assistente, com autorização do Diretor Clínico e do Gestor Local. A normalização sobre PROCEDIMENTO ESPECIAL e MUDANÇA DE PROCEDIMENTO encontra-se no Manual do Sistema de Internação Hospitalar, disponível para *download* no *site* www.saude.gov.br/sas.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO, DO PACIENTE E DO DIRETOR CLÍNICO

Os campos de 01 ao 32 – Seguir as mesmas orientações de preenchimento do Anexo I.

Campo 33 – Preencher com o número da AIH que originou a internação e que necessite do procedimento especial ou que sofrerá mudança de procedimento.

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO (marcar com um X no quadrado ao lado).

Campo 34 – Preencher com o nome/descrição do procedimento principal e que foi inicialmente solicitado/autorizado.

Campo 35 – Preencher com o código do procedimento principal, que foi inicialmente solicitado/autorizado, de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 36 – Preencher com o nome/descrição do novo procedimento para atender à mudança solicitada.

Campo 37 - Preencher com o código do procedimento que está sendo solicitado para



atender à mudança de procedimento de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 38 – Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou da hipótese diagnóstica do paciente.

Campo 39 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial (obrigatório).

Campo 40 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 41 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.

Obs: Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 40 e 41 não são obrigatórios, exceto os casos previstos em normalização específica, estabelecido pelo gestor federal, estadual ou municipal.

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS) - (marcar com um X no quadrado ao lado).

Campo 42 - Preencher com o nome/descrição do procedimento principal e que foi inicialmente autorizado.

Campo 43 - Preencher com o código do procedimento principal e que foi inicialmente autorizado.

Campo 44 - Havendo necessidade de solicitação de diária de acompanhante ou diária de UTI, marcar um X no quadrado correspondente.

Campos 45, 48 e 51 – Preencher, quando necessário, com o nome/descrição procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade de tratamento do paciente.

Campos 46, 49 e 52 - Preencher com o código do procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campos 47, 50 e 53 – Preencher com as quantidades correspondentes, nos casos em que couber (Ex.: quantidade de exames, OPM, medicamentos, etc).

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O profissional solicitante/assistente deve preencher a justificativa da solicitação de mudança de procedimento e/ou solicitação de procedimento especial que embase com segurança a autorização do gestor.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo 54 - Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança de procedimento e/ ou procedimento especial, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 55 – Marcar com um “X” no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 56 – Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 57 – Nº do Conselho de Classe: Preencher com o nº do Conselho de Classe do profissional solicitante/assistente.

Campo 58 – Preencher com a data da solicitação, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 59 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do CPF e nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 60 – Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional



autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar Campo 61 – Marcar com um “X” no documento CNS ou CPF que será utilizado pelo Autorizador.

Campo 62 - Preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 63– Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005 e cadastrado na SESAB.

Campo 64 - Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 65 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do CPF e nº do registro no conselho de classe.

FOLHA 2/2 OU VERSO DO LAUDO (FOLHA 1/2) – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (AIS) – CONTINUAÇÃO

Somente utilizar a folha (2/2 - continuação) se for necessária a Solicitação/Autorização de mais de três (03) Procedimentos Especiais;

Fica a critério do gestor e da necessidade do prestador, a impressão da folha 2/2 que poderá ser feita no verso da folha 1/2.

Salvador, 30 de janeiro de 2008