

# Papel Zero e Gestão Sustentável

---

**Alterações dos Fluxos  
2024**

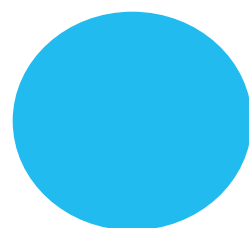
**COORDENAÇÃO GERAL DE CONTRATUALIZAÇÃO,  
CONTROLE E AUDITORIA**

- Princípio que objetiva a minimização dos gastos públicos, sem comprometimento dos padrões de qualidade.
- Refere-se à capacidade de uma instituição gerir adequadamente os recursos financeiros colocados à sua disposição.
- O Princípio da Economicidade é importante para evitar o desperdício de recursos.
- É um dos deveres do servidor público relacionado com a eficiência zelar pela economia do material .

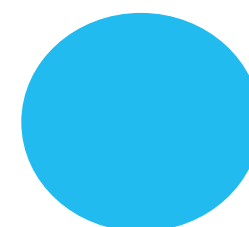




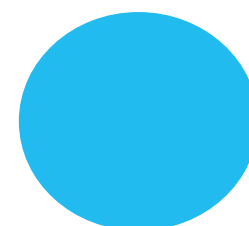
**Economia de recursos com aquisição de papel e impressão;**



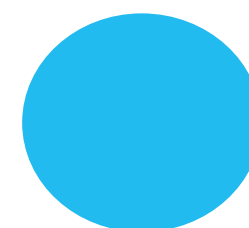
**100% das unidades da APS com Prontuário eletrônico;**



**Implantação em curso de prontuário eletrônico em unidades hospitalares (7 unidades);**



**Possibilidade de acesso online aos Prontuários eletrônicos das unidades;**



**Otimização dos espaços físicos da unidade que guardam documentação.**

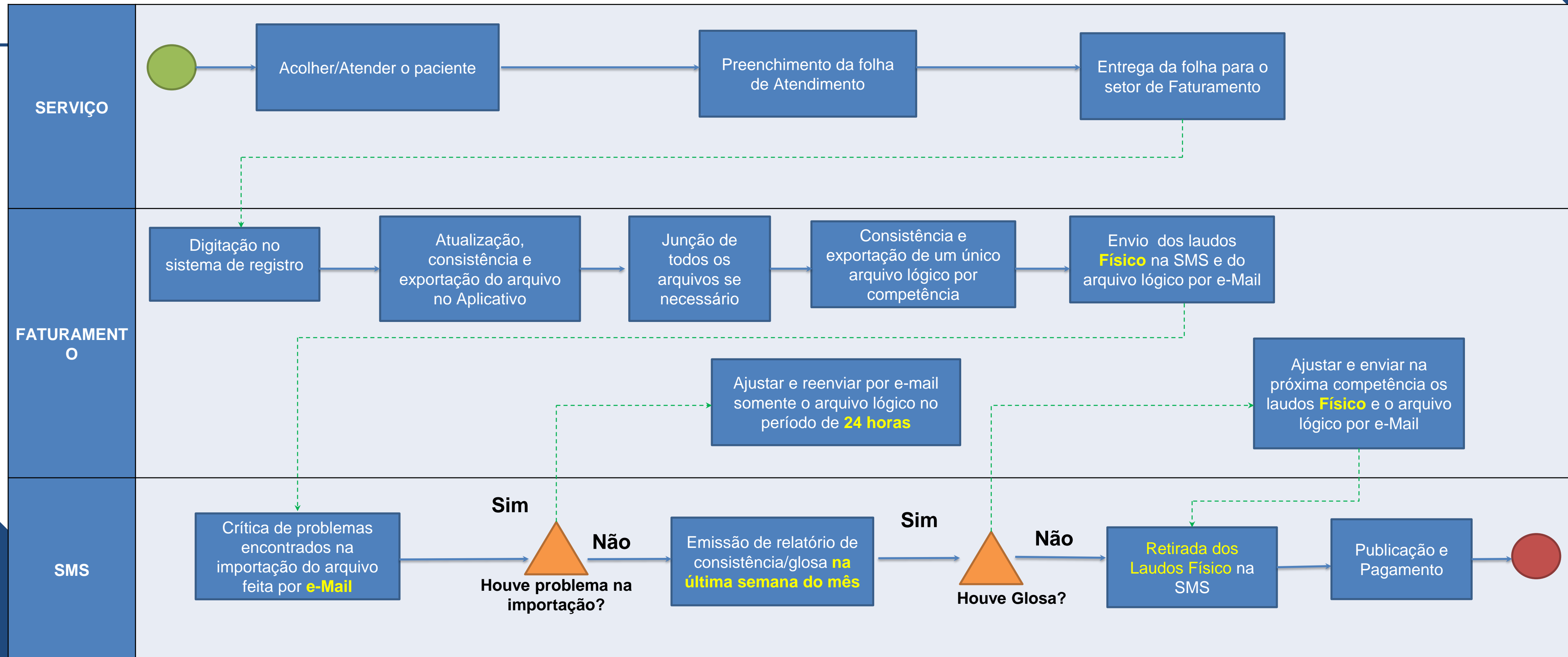
**Qual a contribuição  
da CGCCA nesse  
contexto?**



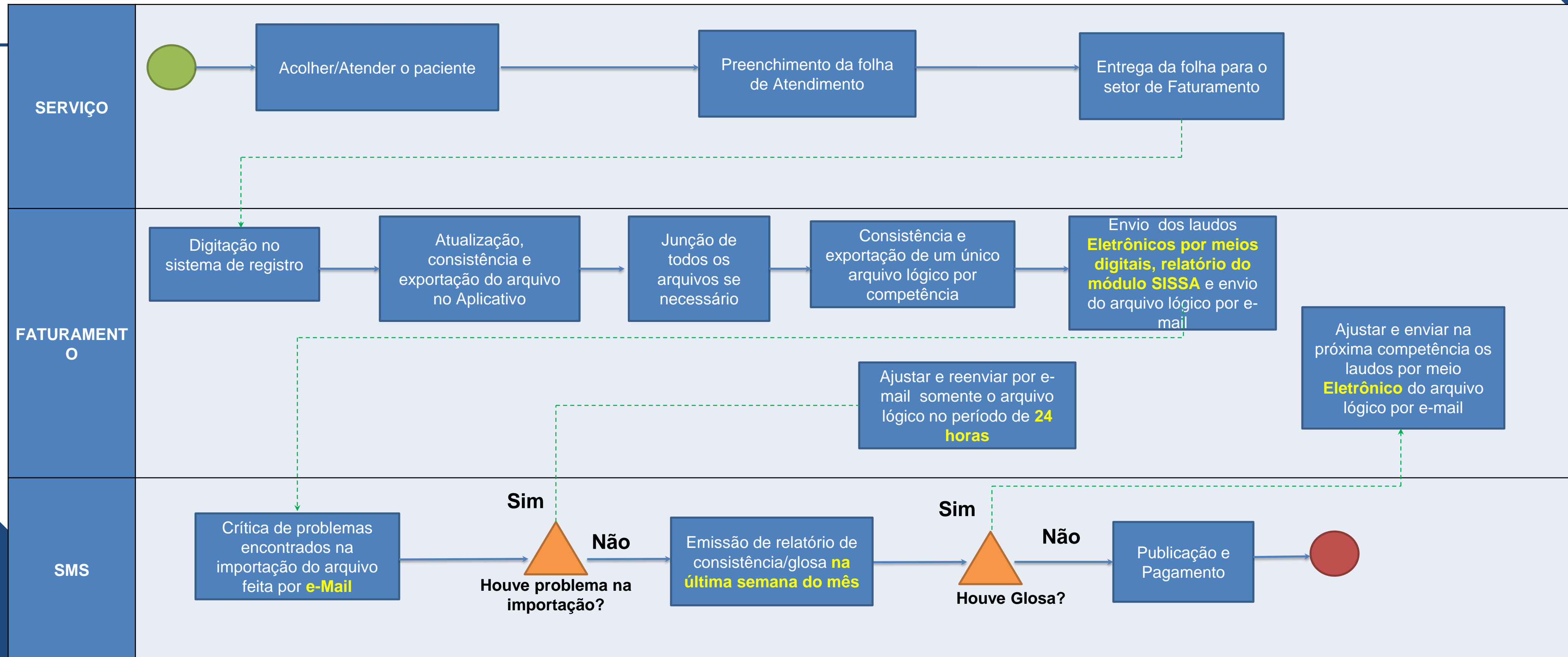
# AUTORIZAÇÕES DE APAC

---

# FATURAMENTO DAS APACS NA UNIDADES ATUALMENTE (mar/ 2024)



# FATURAMENTO DAS APACS NA UNIDADES ATUALMENTE (abr/ 2024)



O envio da documentação em meio digital (laudos, Termo de consentimento, relatório do módulo SISSA deve ocorrer via Processo Rio



## Documentação necessária

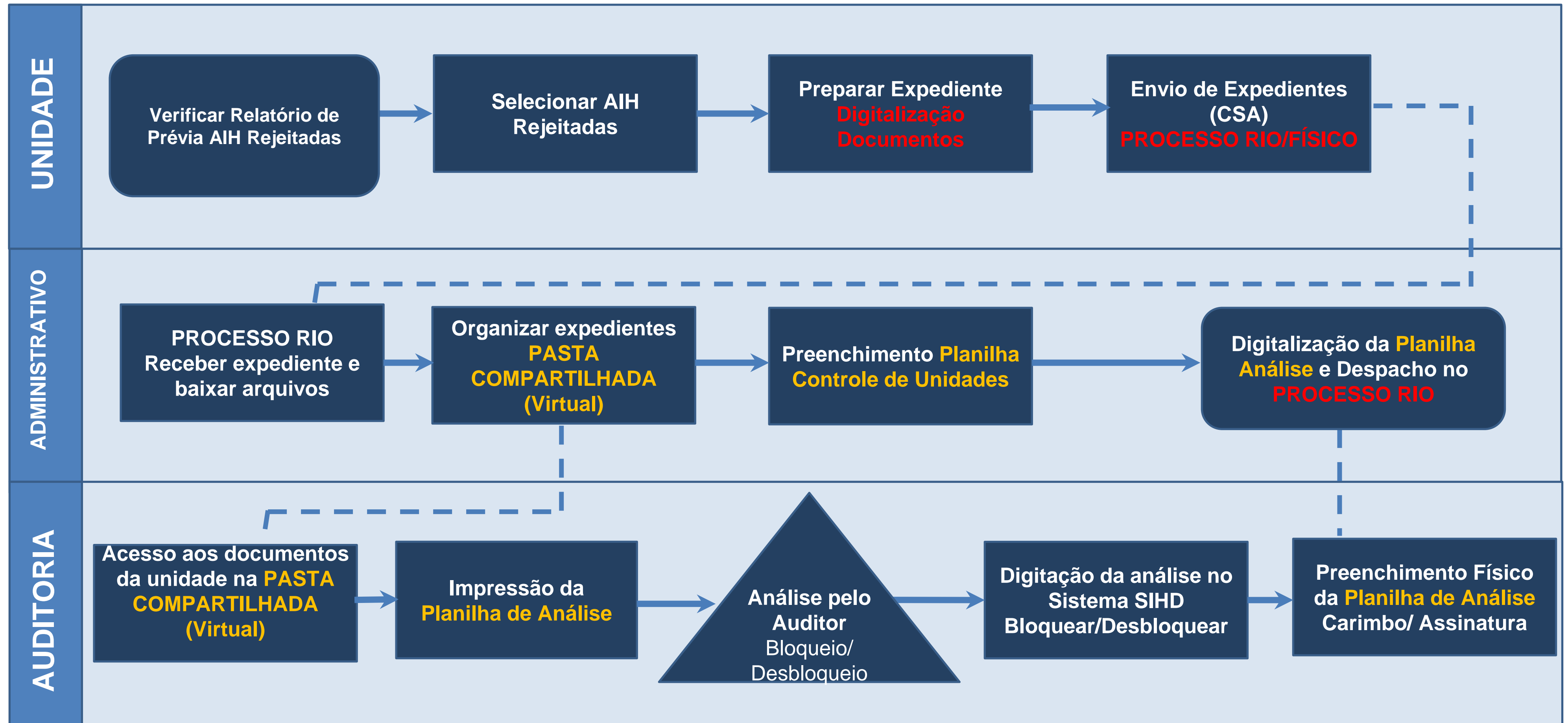
<b>Reabilitação</b>	<b>Oftalmologia</b>	<b>Tratamento medicamentoso da Doença da Retina</b>
<b>Avaliação fonoaudiológica (com audiometria)</b>	<b>Relatório cirúrgico</b>	<b>Termo de consentimento informado assinado</b>
<b>Laudo</b>	<b>Relatório da anestesia</b>	<b>Relato da OCT</b>
	<b>Etiqueta da lente</b>	



# DESBLOQUEIO DE AIH

---

# NOVO FLUXO – DESBLOQUEIO DE AIH - ABRIL / 2024



# NOVO Fluxo de Desbloqueio de AIH

Coordenação de Supervisão e Auditoria



UNIDADE

Verificar  
AIH REJEITADAS

Selecionar  
AIH DESBLOQUEIO

Preparar  
EXPEDIENTE

ENVIO

1- Verificar o Relatório de Prévia da Produção Hospitalar

(<https://saude.prefeitura.rio/contratualizacao/producao/sih/>);

1- Identificar as AIH com motivos elegíveis ao DESBLOQUEIO;

- Idade a menor
- Sobreposição no movimento e no estado
- Tempo de permanência menor
- Solicitação de liberação (quant. Exames e/ou proc. Excedentes)
- AIH bloqueada em outra competência
- Hemodiálise
- Outros

1- Preparar o expediente para envio dos documentos do DESBLOQUEIO.

- Digitalizar Espelho de AIH (carimbado e assinado)
- Digitalizar Laudo solicitação mudança proc. (assinado)
- Planilha lista de AIH – arquivo digital
- Digitalizar documentos comprobatórios.

# NOVO Fluxo de Desbloqueio de AIH

Coordenação de Supervisão e Auditoria



UNIDADE

ENVIO

**SIGA**  **processo.rio**  
tirando o futuro do papel 

**TODAS AS UNIDADES  
MUNICIPAIS**

**FÍSICO**  
**DEMAIS UNIDADES**

# NOVO Fluxo de Desbloqueio de AIH

Coordenação de Supervisão e Auditoria



**CSA  
AUDITORIA**



**OBS:** Os expedientes ficarão arquivados na CSA por até 4 competências retroativas.



1- Ditalização da Planilha de AIHs com análise do auditor;

2- Resposta do expediente no Processo Rio + PDF Planilha;

3- Arquivar expediente no Processo. Rio.

## DIGITALIZAÇÃO ITENS OBRIGATÓRIOS

- Planilha com a lista de AIH apresentadas pela unidade - assinada e carimbada - AIHs em ordem alfabética - Letra legível - Tamanho acima de 11;
- Espelho da AIH assinado e carimbado pelo diretor geral, diretor clínico ou profissional designado como autorizador;
- Laudos para solicitação/ autorização de mudança de procedimento especial assinado e carimbado pelo diretor geral, diretor clínico ou profissional designado como autorizador. **(Profissional Médico)**
- Documentos comprobatórios;



# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – NOVO FLUXO



RELAÇÃO DE AIHs APRESENTADAS PELAS UNIDADES  
 PARA AUTORIZAÇÃO DA AUDITORIA E POSTERIOR LIBERAÇÃO E DESBLOQUEIO  
 PELA COORDENAÇÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO JUNTO AO SIHD2

UNIDADE:

COMPETÊNCIA:

PA - Pré Aprovada  
 NE - Não Localizada  
 BLQ - Bloqueada

PACIENTES EM ORDEM ALFABÉTICA	PRONTUÁRIO	PROCEDIMENTO	AIH	DATA	DATA	JUSTIFICATIVA	SITUAÇÃO NO SIHD			LIBERADA PELA AUDITORIA S/N/NA
				INT	ALT		PA	NE	BLQ	

BLQ = SIM / NÃO  
 PA OU NE = NA NÃO SE APLICA

OBS: A UNIDADE DEVERÁ PREENCHER AS COLUNAS:

- Nome do Paciente
- Prontuário
- Procedimento
- AIH
- Datas de Alta e Internação
- Justificativa

DATA DO DESBLOQUEIO:  
 CARIMBO E ASSINATURA:

# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – NOVO FLUXO

## JUSTIFICATIVAS


- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Hemoterapia*                                 | 10. Diária de Acompanhante *                 | 19. Idade Superior  |
| 2. Hemodiálise                                  | 11. Nutrição Parenteral - Unidade Habilitada | 20. Hospital Dia - Unidade Habilitada   |
| 3. Diálise Peritoneal p/pacientes Renais Agudos | 12. Nutrição Enteral - Unidade Habilitada    | 21. Renovação de AIH Tipo 5   |
| 4. Angiografia/Arteriografia                    | 13. Imunoglobulina Anti-RH*                  | 22. Internação sobreposta no Estado   |
| 5. Outros Exames Contrastados Especiais         | 14. Reinternação                             | 23. Internação sobreposta no movimento  |
| 6. Mudança de Procedimento                      | 15. Transferência                            | 24. Solicitação de liberação (quantidade de exames e/ou procedimentos excedentes) |
| 7. Reoperação                                   | 16. Tempo de Permanência Inferior            | 25. AIH bloqueada em outro processamento  |
| 8. Diária de UTI*                               | 17. Tempo de Permanência à Maior             | 26. Outros - Especificar  |
| 9. Diária de UI*                                | 18. Idade Inferior                           |   |

\* OBS: AIHs que não são bloqueadas no sistema porém passíveis de auditoria em prontuário.



# DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – NOVO FLUXO

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>				8 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				9 - DATA DE NASCIMENTO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF			
16 - CEP				17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO				42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO				48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

A justificativa deve descrever claramente a necessidade da realização de um novo procedimento que gerou a nova AIH.

# KIT PARA ENVIO DOS EXPEDIENTES

## Motivo: SOBREPOSIÇÃO NO MOVIMENTO/ ESTADO



### ESPELHO DE AIH

MS-DATASUS VERSÃO: 07.00	PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01 CLINICA SAO JOSE LTDA ESPELHO DA AIH	PAG.: 1 DATA: 14/08/2013
O.E.: E310300000	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 04 / 2013
Num AIH: 310010220071-4	Situação: ESPONTADA	Data Autorização: 01/07/2008
Doc autorizador: 00310225008	Orgão Emissor: E310000000	CRC: 0502409400
Doc med resp: 00845229019	Doc diretor clínico: 00845229019	Doc médico solíc: 11839430600
CNS: 2179148 - CLINICA SAO JOSE LTDA	CNS: 8980344796225-6	
Paciente: ANTONIO DOS SANTOS	Prontuário: 8006	
Data Nasc.: 13/01/1948	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASL
Responsável pelo: ANTONIO DOS SANTOS	Nome da Mãe: IGNORADO	
Endereço: RUA JONAS BASTOS SN PEQUENOS JESU BARR. CENTRO	Repart: 02-FRUTA Eixo: 9000	
Município: 13060 - LEOPOLDINA	UF: RS	CEP: 96700-000
Telefone: (021)345-14253	Moda Proc.: NÃO	
Procedimento solicitado: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)		
Procedimento principal: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)		
Diag. principal: F03-DEMENCIA NAQ ESPECIFICADA		
Diag. secundária:		
Complementar:		
Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA	Modalidade: HOSPITALAR	
Data internação: 01/07/2008	Data saída: 31/05/2013	Mot saída: 21 - PERMANENCIA POR CARACTERISTICAS PROPRIAS DA DOENÇA
Liberação SISAIBH:	AIH Anterior:	AIH Posterior:
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]	CMER:	CBOR:
CNPJ de Empregador:		
Vinculo Previdenciário:		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
Linha Procedimento	Documento	CMS/CONV
1 0303170003	190191870170008	31 052013 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)
Apurar Valor p/ Ode	Cmsf	Descrição
Numero de Nascidos	Numero de Saídas	UF de Nasc:
Vivos: 0	Mortos: 0	Atas: 0
Transf: 0	Óbitos: 0	
ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DO HOSPITAL		

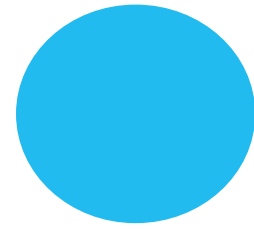
### LAUDO

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente				5 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF			
16 - CEP				17 - NUMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL			
24 - CID 10 SECUNDÁRIO				25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
31 - QTDE				32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - QTDE			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - QTDE				38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO				42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
45 - Cód. ORGÃO EMISSOR				46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO				48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							

## JUSTIFICATIVA:

- 1-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, proveniente da unidade \_\_\_\_\_, com quadro de \_\_\_\_\_, tendo alta (ou óbito) em DD/MM/AAAA.
- 2-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, com quadro de \_\_\_\_\_, sendo transferido para a unidade \_\_\_\_\_ em DD/MM/AAAA.
- 3-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, proveniente da unidade \_\_\_\_\_, para realizar procedimento \_\_\_\_\_, tendo alta (ou óbito) (ou retorno para unidade de origem) em DD/MM/AAAA.

# KIT PARA ENVIO DOS EXPEDIENTES



## Motivo: SOBREPOSIÇÃO NO MOVIMENTO/ ESTADO - REOPERAÇÃO



### ESPELHO DE AIH

MS-DATASUS VERSÃO: 07.00	PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01 CLINICA SAO JOSE LTDA ESPELHO DA AIH	APRESENTAÇÃO: 04 / 2013 DATA: 14/08/2013	PÁG.: 1
C.E.: E310300000	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 04 / 2013	DATA: 14/08/2013
Num AIH: 310010222001-4	Situação: ESPONTADA	tipo: 05-CONTINUIDADE	Apresentação: 06/2013
Doc autorizador: 00210225008	Orgão Emissor: E310000000	CRC: 00210225008	Enfermaria: 011
CNS: 2179148 - CLINICA SAO JOSE LTDA	Doc med resp: 00845229019	Doc diretor clinico: 00845229019	Doc médico solc: 1103040000
Paciente: ANTONIO DOS SANTOS	Data Nasc.: 13/01/1948	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASL
Responsável pelo: ANTONIO DOS SANTOS	Nome da Mãe: IGNORADO	Nome da Mãe: IGNORADO	Doc: 0000
Endereço: RUA JONAS BASTOS SN PEQUENINOS JESU BARRA CENTRO	Repart: 02-FRUTA Eneq. 9000	Município: 13060 - LEOPOLDINA	UF: RS CEP: 96700-000
Procedimento solicitado: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)	Procedimento principal: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)	Diag. principal: F03-DEMENCIA NAQ ESPECIFICADA	Diag. secundária: Causa Obito: Modaliade: HOSPITALAR
Carater atendimento: 02 - URGENCIA	Data internação: 01 / 01 / 2008	Data saída: 31 / 05 / 2013	Mot saída: 21 - PERMANENCIA POR CARACTERISTICAS PROPRIAS DA DOENÇA
Liberação SASAIB: [ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]	CNPJ de Empregador: -	ONER: -	CBOR: -
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>			
Linha Procedimento	Documento CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Ode Cmsf Descrição
1 0303170003	19019187070008 225133	19019187070008	31 052013 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)
Numero de Nacidos: Vivos: 0 Mortos: 0	Numero de Saídas: Altas: 0 Transf: 0 Óbitos: 0	UF Mãe-Natal:	ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DO HOSPITAL

### LAUDO

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNEP	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNEP	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NUMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTDE		32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTDE		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
45 - Cód. ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

## JUSTIFICATIVA:

1-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, com quadro de \_\_\_\_\_ sendo submetido a cirurgia de \_\_\_\_\_. Em DD/MM/AAAA foi submetido a nova cirurgia de \_\_\_\_\_. Alta em DD/MM/AAAA.

# KIT PARA ENVIO DOS EXPEDIENTES

Motivo: TEMPO DE PERMANÊNCIA A MENOR



## ESPELHO DE AIH

MS-DATASUS VERSÃO: 07.00	PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01 CLINICA SAO JOSE LTDA ESPELHO DA AIH	APRESENTAÇÃO: 04 / 2013 DATA: 14/08/2013		
O.E.: E310300000	ESFERA: PRIVADO	PAG.: 1		
Num AIH: 3100102220071-4	Situação: ESPONTADA	Data Autorização: 01/11/2008		
Especialidade: 02 - PSQUIATRIA	Orgão Emissor: E310000000	CRC: 0502409400	Enfermaria: 211	Leito: 01
Doc autorizador: 00210225008	Doc med resp: 00845229019	Doc diretor clínico: 00845229019	Doc médico solíc: 11839430600	
CNES: 2179148 - CLINICA SAO JOSE LTDA		CNS: 8880344786225-6		
Paciente: ANTONIO DOS SANTOS		Prontuário: 8006		
Data Nasc.: 13/01/1948	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASL	Tip. Doc.: IGNORADO	Doc: -
Responsável pag.: ANTONIO DOS SANTOS		Nome da Mãe: IGNORADO		
Endereço: RUA JONAS BASTOS SN PEQUENINOS JESU BARRA CENTRO		RegistCar: 02-FRUTA Eixo: 9000		
Município: 13060 - LEOPOLDINA	UF: RS	CEP: 96700-000	Telefone: (021)344-14353	Moda Proc.: NÃO
Procedimento solicitado: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSQUIATRIA (POR DIA)				
Procedimento principal: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSQUIATRIA (POR DIA)				
Diag. principal: F03-DEMENCIA NAQ ESPECIFICADA				
Diag. secundária:				
Complementar:				
Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA				
Data internação: 01/11/2008	Data saída: 31/05/2013	Mot saída: 21 - PERMANENCIA POR CARACTERISTICAS PROPRIAS DA DOENÇA		
Liberação SAS/MS:				
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]				
CNPJ de Empregador: -	OMEI: -			
Vinculo Previdência: -	CBOR: -			
<b>PROCEDIMENTOS RECONHECIDOS</b>				
Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CONV	Apurar Valor p/ Ode	Cript. Descrição
1 0303170003	19019187070008 225133	19019187070008	31 052013	TRATAMENTO EM PSQUIATRIA (POR DIA)
Numero de Nascidos	Numero de Saídas	UF Pré-Natal:		
Vivos: 0	Mortos: 0	Atas: 0	Transf: 0	Óbitos: 0
De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 02 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção 1, p. 12906, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente.				ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DO HOSPITAL

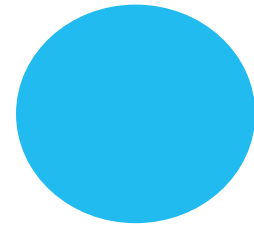
## LAUDO

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD - BGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NUMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
( ) CNS ( ) CPF				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CDD ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
( ) CNS ( ) CPF				

## JUSTIFICATIVA:

1-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, evoluindo satisfatoriamente e recebendo alta em DD/MM/AAAA, antes do tempo previsto.

# KIT PARA ENVIO DOS EXPEDIENTES



## Motivo: IDADE A MENOR



### ESPELHO DE AIH

MS-DATASUS VERSÃO: 07.00	PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01 CLINICA SAO JOSE LTDA ESPELHO DA AIH	PAG.: 1 DATA: 14/08/2013
O.E.: E310300000	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 04 / 2013
Num AIH: 3100102220071-4	Situação: ESPONTADA	Data Autorização: 01/01/2008
Especialidade: 02 - PSQUIATRIA	Orgão Emissor: E310000000	CRC: 0502409400
Doc autorizador: 00310255008	Doc med resp: 00845229019	Doc diretor clínico: 00845229019
CNS: 2179148 - CLINICA SAO JOSE LTDA		CNS: 8880344786225-6
Paciente: ANTONIO DOS SANTOS		Prontuário: 8006
Data Nasc.: 13/01/1948	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASL
Responsável pag.: ANTONIO DOS SANTOS		Nome da Mãe: IGNORADO
Endereço: RUA JONAS BASTOS SN PEQUENINOS JESU BARRA CENTRO		RegistCar: 02-FRUTA Eixo: 9000
Município: 13660 - LEOPOLDINA	UF: RS	CEP: 96700-000
Telefone: (021)345-14353		Moda Proc.: NÃO
Procedimento solicitado: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSQUIATRIA (POR DIA)		
Procedimento principal: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSQUIATRIA (POR DIA)		
Diag. principal: F03-DEMENCIA NAQ ESPECIFICADA		
Diag. secundária:		
Complementar:		
Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA		
Data internação: 01/01/2008	Data saída: 31/05/2013	Mot saída: 21 - PERMANENCIA POR CARACTERISTICAS PROPRIAS DA DOENÇA
Liberação SASAIBI:		
[ Causa Extrema (Acidente ou Violência) ]		
CNPJ de Empregador:	OMEI:	
Vinculo Previdenciário:	CBOR:	
PROCEDEMENTOS REALIZADOS		
Linha Procedimento	Documento	CNS/CNPJ
1 0303170063	19019187070008 225133	19019187070008 31 052013 TRATAMENTO EM PSQUIATRIA (POR DIA)
Numero de Nascidos	Numero de Saídas	UF Pré-Natal:
Vivos: 0	Mortos: 0	Atas: 0
Transf: 0	Óbitos: 0	
De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 02 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção 1, p. 12906, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente.		ASSINATURA E CARIMBO DIRETOR DO HOSPITAL

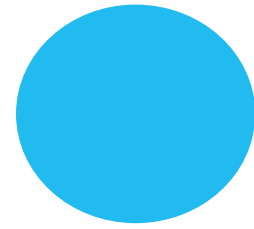
### LAUDO

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NUMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE.
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
45 - CDD. ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## JUSTIFICATIVA:

1-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, com quadro \_\_\_\_\_, que justificou a realização do procedimento \_\_\_\_\_ com a idade inferior ao critério do sigtap, evoluindo satisfatoriamente e com alta e, DD/MM/AAAA.

# KIT PARA ENVIO DOS EXPEDIENTES



Motivo: QUANTIDADE SUPERIOR



## ESPELHO DE AIH

MS-DATASUS		PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01	
VERSÃO: 07.00	CUMCA SAO JOSE LTDA		PÁG.: 1
ESFERA: PRIVADO		APRESENTAÇÃO: 04 / 2013	DATA: 14/08/2013
O.E.: E310300000	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 04 / 2013	DATA: 14/08/2013
Num AIH: 310010222071-4	Situação: ESPONTADA	tipo: 25-CONTINUIDADE	Apresentação: 06/2013
Doc autorizador: 00210225008	Orgão Emissor: E310000000	CRC: 0502409400	Enfermaria: 211
Doc med resp: 00845229019	Doc diretor clínico: 00845229019	Doc médico solíc: 11839430600	CNS: 2179148 - CLINICA SAO JOSE LTDA
Paciente: ANTONIO DOS SANTOS			
Data Nasc.: 13/01/1948	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASL	Prontuário: 8006
Responsável pelo: ANTONIO DOS SANTOS			
Endereço: RUA JONAS BASTOS SN PEQUENOS JESU Bairro: CENTRO			
Município: 13060 - LEOPOLDINA UF: RS CEP: 96700-000			
Procedimento solicitado: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)			
Procedimento principal: 03.03.17.899-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)			
Diag. principal: F03-DEMENCIA NAQ ESPECIFICADA			
Diag. secundária:			
Complementar: F03-DEMENCIA NAQ ESPECIFICADA			
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA			
Data internação: 01 / 01 / 2008			
Data saída: 31 / 05 / 2013			
Mot saída: 21 - PERMANENCIA POR CARACTERISTICAS PROPRIAS DA DOENÇA			
Liberação SISAIBH:			
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]			
CNPJ de Empregador: - - - - - CNMER: - - - - -			
Vinculo Previdenciário: - - - - - CBO: - - - - -			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
Linha Procedimento Documento CBO			
1 0303170003 190191870170008 225133			
190191870170008 31 052013 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)			
Número de Nascidos: - - - - -			
Número de Saídas: - - - - -			
Mó Pri-Natal: - - - - -			
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf: 0 Óbitos: 0			
ASSINATURA E CARIMBO			
DIRETOR DO HOSPITAL			

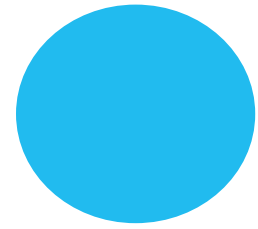
## LAUDO

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - DATA DE NASCIMENTO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO				15 - UF			
16 - CEP				17 - NUMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL			
24 - CID 10 SECUNDÁRIO				25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
31 - QTDE				32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - QTDE			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - QTDE				38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO				42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
AUTORIZAÇÃO							
45 - Cód. ORGÃO EMISSOR				46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO				48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

## JUSTIFICATIVA:

1-Paciente deu entrada nesta unidade em DD/MM/AAAA, com quadro de \_\_\_\_\_, durante a internação houve a necessidade de realização do procedimento \_\_\_\_\_ (ex: TC, HD, RM...) em quantidade superior ao permitido. Realizado X, permitido Y.

# KIT PARA ENVIO DOS EXPEDIENTES



## Motivo: QUANTIDADE SUPERIOR

- **Laudos dos exames** equivalente ao quantitativo total faturado na AIH;
- **Folha de Diálise** (registro detalhado do procedimento) equivalente ao quantitativo total faturado na AIH;
- **Evolução Médica prontuário físico ou eletrônico** (registro do procedimento) equivalente ao quantitativo total faturado na AIH com data, assinatura física/eletrônica, CRM / Nome do Médico responsável pelo registro.



### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX E ALTA RESOLUÇÃO DOS PULMÕES

#### TÉCNICA:

Aquisição helicoidal *multislice*, sem contraste endovenoso.

#### INDICAÇÃO:

Pesquisa de processo infeccioso pulmonar, (investigação de comprometimento pelo COVID-19).

#### ANÁLISE:

Múltiplas opacidades pulmonares em vidro fosco, por vezes associadas a septos interlobulares e fino reticulado de perimeio, apresentando distribuição bilateral, com predomínio periférico e posterior, e maior extensão nos lobos inferiores. Embora não sejam específicos, tais achados são consistentes com pneumonia, devendo-se incluir a possibilidade de COVID-19 entre os diagnósticos diferenciais. A extensão estimada do envolvimento pulmonar na tomografia é superior à observada no exame visual).

#### Outros achados:

Ausência de derrame pleural.  
Restante do parênquima pulmonar sem alterações significativas.  
Não há linfonodomegalias mediastinais.  
Estruturas vasculares do mediastino com trajeto e calibre preservados.  
Demais estruturas torácicas sem alterações relevantes no contexto clínico.

Nome:

Médico:

O.S.: 114

Pag.: 1 / 1

04/06/2014 Resultado: 04/06/2014

### RADIOGRAFIA DO TÓRAX (PA e PERFIL)

Transparência pulmonar normal.

Mediastino sem alterações.

Seios costofrênicos livres.

Arcabouço osseo sem alterações.

Área cardíaca dentro da normalidade.

Presença de cateter em veia central à direita com extremidade distal em projeção habitual da cava superior

 **ATENÇÃO** para os motivos que não estão atrelados ao Desbloqueio da Equipe de Supervisão de Auditoria, como exemplo:

- **Agravo de notificação compulsória;**

**(Em destaque Dengue) - exige apresentação da notificação no SINAN.**

- **Duplicidade de CNS;**

- **Ausência de Habilitação CNES; e**

- **Profissional não vinculado ao CNES.**



# **CRONOGRAMA**

---



## ✓ CRONOGRAMA 2024

ATIVIDADE	PERÍODO
Reunião alinhamento NOVO FLUXO	06/03/2024
Início do NOVO FLUXO – UNIDADES MUNICIPAIS	ABRIL

 **Saúde Pública** Carioca

