

**SUS**SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE
ALAGOASMINISTÉRIO
DA SAÚDE

INAMPS

INSTITUTO NACIONAL
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
DA PREVIDÊNCIA SOCIALAUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº AIH

IDENTIFICAÇÃO

1

PRONTUÁRIO

DATA INTERNAÇÃO

AL 50001

ORGÃO EMISSOR

NOME DO PACIENTE

LOGRADOURO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA NASC.

1 - MASCULINO
2 - FEMININO

SEXO

NOME DO SEGURADO

PIS/PASEP/N. Ind.

ENFERMARIA

CPF MED. SOLICITADO

PROCED. SOLICITADO

CART. IDENT.

DATA EMISSÃO

CPF MED. RESPONSÁVEL

MÉDICO AUDITOR

PROCED. AUTORIZADO

1	
2	
3	
4	
5	

DIAS UTI AUTORIZADO

MÊS 1997	MÊS ANO	MÊS 2000	DIAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACOMP
DIAS

DATA DA AUTORIZAÇÃO

CONT. AUDITOR

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

	TIPO	CNPJ/CPF PROFISSIONAL	ATO PROF	TIPO ATO	QUANT. ATO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

CPF DO DIRETOR CLÍNICO

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESP.

DATA DA SAÍDA

DIAS-PRINCIPAL

DIA G. SECUNDÁRIO

MOTIVO
COBRANÇA