

## MODELO SUGESTÃO DE RASCUNHO DE AIH

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	INTERNAÇÃO/REGISTRO
AIH	DATA ENTRADA		DATA SAÍDA

### DADOS DA COBRANÇA

SEQ	PROCEDIMENTO	QTDE	CPF/CNPJ	CBO	CNES
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

### DADOS COMPLEMENTARES:

OPM	PARTO	LAQUEADURA	UTI/UI	UTI/UI NEO	REGISTRO CIVIL
QUANTIDADE	Nº PRÉ-NATAL	QTDE FILHOS	QTDE DIAS	QTDE DIAS	NOME DO RECÉM NATO
CNPJ FORNECEDOR	NASCIDO VIVO	CID-10	COMPETÊNCIA	COMPETÊNCIA	NOME DO CARTÓRIO
Nº NOTA FISCAL	NATIMORTO	GRAU INSTRUÇÃO	<b>UTI/UI</b>	NATIMORTO	LIVRO
LOTE	TRANSFERÊNCIA	IDADE GESTACIONAL	QTDE DIAS	IDADE GESTACIONAL	FOLHA
Nº SÉRIE	ÓBITO	MÉTODO CONTRACEP	COMPETÊNCIA	PESO AO NASCER	TERMO
CNPJ FABRICANTE		MÉTODO CONTRACEP	<b>UTI/UI</b>	MOTIVO DA SAÍDA ( ) 0 NÃO APLICÁVEL ( ) 1 ALTA UTI/UI ( ) 2 ÓBITO UTI/UI ( ) 3 TRANSF UTI/UI	DATA DA EMISSÃO
REGISTRO ANVISA		GESTÃO ALTO RISCO	QTDE DIAS		
			COMPETÊNCIA		