



RELATÓRIO PARA SOLICITAÇÕES MÉDICAS

1 HOSPITAL / LOCAL DE EXECUÇÃO _____

NOME _____ IDADE _____

MATRÍCULA _____ ACOMODAÇÃO _____

PLANO _____ REG. () NÃO REG. ()

DATA INTERNAÇÃO ___/___/___ HORA _____ AUTORIZAÇÃO _____

DIAGNÓSTICO _____ CID INICIAL _____ CID ATUAL _____

INTERNAÇÃO () PRORROGAÇÃO () CIRURGIA ELETIVA () URGÊNCIA () CLÍNICO () CIRÚRGICO () SADT () ATEND. DOMICILIAR ()

2 PROCEDIMENTO SOLICITADO:

3 JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO:

HISTÓRICO CLÍNICO

4 DATA DA PRIMEIRA CONSULTA: ___/___/___

5 ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

6 EXAMES PRÉVIOS, COM DATA DE REALIZAÇÃO (ANEXAR RESULTADO):

7 TRATAMENTOS REALIZADOS E PERÍODO (Plano Terapêutico):

8 PROCEDIMENTOS LIBERADOS:

9 CONTINUIDADE DE TRATAMENTO:

10 PERÍODO:

___/___/___ APT () ENF () UTI () _____ DIAS
___/___/___ APT () ENF () UTI () _____ DIAS

11 MEDICAMENTOS:

12 PREVISÃO ALTA ___/___/___ 13 DATA ALTA ___/___/___ 14 HORA _____

15 MOTIVOS DE ALTA: MELHORADO () ATEND. DOMICILIAR () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA ()

MÉDICO ASSISTENTE _____ DATA ___/___/___
(ASSINATURA E CARIMBO)