|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data da Solicitação:** | | **Provável data de Realização:** | |
| **Beneficiário:** | | | |
| **CID:** | **Idade:** | | **Sexo:** |
| **Médico Solicitante:** | | | |
| **Local da Execução:** | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Tipo de Atendimento:** | **Ambulatorial** | **Internamento** | **Número de diárias:** | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Vincular ao Atendimento:** | | **Número de Guia:** | | | **Caráter da Internação:** | **E- Eletivo** | | **U – Urgência / Emergência** | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Códigos de honorários CBHPM solicitados:** | |
| **Sintomas:** | |
| **Exames já realizados:** | **Fármacos**  **Especificar:**  **Angioplastia / Stent**  **Cirurgias**  **Especificar:** |
| **Hipótese diagnóstica para indicação do exame:** | |
| **Justificativa Médica:** | |

|  |
| --- |
| Gentileza enviar estes esclarecimentos de maneira **tipada/digitada** devido às dificuldades de compreensão da grafia e borramento no Fax e/ou Scanner.  Fornecer o número do telefone celular e e-mail para contato ético personalizado consultor-médico assistente:  A operadora aguardará este documento conforme descrito acima para proceder com a autorização. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MATERIAIS NECESSÁRIOS:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO** | **QUANT.** | **FORNECEDOR** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |