|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |