

## PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Solicito autorizar Tratamento em Saúde Mental para o usuário deste Instituto nos termos abaixo:

Paciente: \_\_\_\_\_

CARTÃO ISSEC: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### PLANO DE TRATAMENTO

Procedimento Intensivo de Turno (    )  
Horário de Atendimento: Manhã (    ) ou Tarde (    )  
Quantidade de Sessões (    ) 08/Mês ou

Procedimento Semi-Intensivo (    )  
Horário de Atendimento: Manhã (    ) ou Tarde (    )  
Quantidade de Sessões (    ) 04/Mês ou (    ) 02/Mês ou (    ) 01/Mês.

Comunidade Terapêutica (    )  
Quantidade de Diárias (    ) / Mês

Residência Terapêutica (    )  
Quantidade de Diárias (    ) / Mês

Código de Autorização do Registro de Consulta: \_\_\_\_\_

Senha Eletrônica da Guia de Internamento – GIH: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data da Solicitação

\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico Assistente

OBS: ESTE PEDIDO DEVERÁ SER UTILIZADO PARA APENAS UM TIPO DE PLANO DE TRATAMENTO  
LMD