

GUIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - GIH

INTERIOR

SOLICITO AUTORIZAR HOSPITALIZAÇÃO PARA O BENEFICIÁRIO

RESERVADO AO MÉDICO REQUISITANTE	
Nome do Beneficiário: _____ _____	CARTÃO ISSEC _____
Dados Clínicos	

Procedimento:	Normal	<input type="checkbox"/>
PARTO	Cesário	<input type="checkbox"/>

Carimbo e Assinatura do Credenciado

Data da solicitação ____/____/____
Carimbo e Assinatura do Médico

RESERVADO À AUTORIZAÇÃO	
SENHA DE AUTORIZAÇÃO _____ [] [] [] [] [] [] [] [] []	DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ dia mês ano

OBS.: ANEXAR CÓPIA DO BOLETIM DE SALA DE PARTO (NORMAL OU CIRÚRGICO)