

## PEDIDO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Solicito autorizar hospitalização para o beneficiário deste Instituto nos termos abaixo:

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

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dados Clínicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Código do Procedimento: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Hospital Credenciado Indicado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data da Solicitação

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico Requisitante

SOLICITAÇÃO MÉDICA

Este Pedido deverá ser apresentado ao médico Auditor até 48 horas/úteis a partir da data da solicitação médica.