

PEDIDO PARA TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Solicito autorizar Tratamento em Saúde Mental para o beneficiário 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