

REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER ESPECIALIZADO OU INTERNAÇÃO



REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER ESPECIALIZADO OU INTERNAÇÃO

NOME DO PACIENTE			NOME DO PACIENTE —			
PREC CP-		DATA DE NASCIMENTO SEXO F	PREC CP-		DATA DE NASCIMENTO SEXO M F	
ESTÁ INTERNADO?		TELEFONE DE CONTATO			TELEFONE DE CONTATO	
EXAMES E/OU PROCEDIME	NTOS SOLICITADOS	– PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE	EXAMES E/OU PROCEDIMEN	EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS – PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE		
CÓDIGO CBHPM		EXAME OU PROCEDIMENTO	CÓDIGO CBHPM —		EXAME OU PROCEDIMENTO —	
		EVANE OU DESCRIPTION			- FWANE OU PROOFFILIEUR	
CÓDIGO CBHPM		EXAME OU PROCEDIMENTO	CÓDIGO CBHPM		EXAME OU PROCEDIMENTO	
DIAGNÓSTICO			DIAGNÓSTICO			
JUSTIFICATIVA DA REALIZAÇÃO DO EXAME OU PROCEDIMENTO / RESUMO CLÍNICO E EXAMES ANTERIORES			JUSTIFICATIVA DA REALIZAÇÃO DO EXAME OU PROCEDIMENTO / RESUMO CLÍNICO E EXAMES ANTERIORES			
URGÊNCIA OU ELETIVIDADE		JUSTIFICATIVA PARA A URGÊNCIA	URGÊNCIA OU ELETIVIDADE		JUSTIFICATIVA PARA A URGÊNCIA	
URGÊNCIA ELETIVO			URGÊNCIA ELETIVO			
		ASSINATURA E CARIMBO			ASSINATURA E CARIMBO	
	/ /	ASSINATURA E CARIMIDO		/ /		
	/ /					
CIDADE, UF E DATA			CIDADE, UF E	DATA		