

REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER ESPECIALIZADO OU INTERNAÇÃO

NOME DO PACIENTE		
PREC CP	DATA DE NASCIMENTO	SEXO M ☐ F ☐
ESTÁ INTERNADO?	TELEFONE DE CONTATO	

EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS – PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE

CÓDIGO CBHPM	EXAME OU PROCEDIMENTO
CÓDIGO CBHPM	EXAME OU PROCEDIMENTO
DIAGNÓSTICO	
JUSTIFICATIVA DA REALIZAÇÃO DO EXAME OU PROCEDIMENTO / RESUMO CLÍNICO E EXAMES ANTERIORES	

URGÊNCIA OU ELETIVIDADE	JUSTIFICATIVA PARA A URGÊNCIA
☐ URGÊNCIA ☐ ELETIVO	

CIDADE, UF E DATA	ASSINATURA E CARIMBO
-------------------	----------------------

REQUISIÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, PARECER ESPECIALIZADO OU INTERNAÇÃO

NOME DO PACIENTE		
PREC CP	DATA DE NASCIMENTO	SEXO M ☐ F ☐
	TELEFONE DE CONTATO	

EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS – PREENCHIMENTO PELO MÉDICO SOLICITANTE

CÓDIGO CBHPM	EXAME OU PROCEDIMENTO
CÓDIGO CBHPM	EXAME OU PROCEDIMENTO
DIAGNÓSTICO	
JUSTIFICATIVA DA REALIZAÇÃO DO EXAME OU PROCEDIMENTO / RESUMO CLÍNICO E EXAMES ANTERIORES	

URGÊNCIA OU ELETIVIDADE	JUSTIFICATIVA PARA A URGÊNCIA
☐ URGÊNCIA ☐ ELETIVO	

CIDADE, UF E DATA	ASSINATURA E CARIMBO
-------------------	----------------------