

PROPOSTA PARA INTERNAMENTO COM OU SEM CIRURGIA

Nome _____

Nº Beneficiário _____ Idade _____

Motivo de Internamento:

Medicina _____

Cirurgia _____

a realizar na(o) _____, em ____ / ____ / ____, por um período provável de ____ dias
estabelecimento hospitalar

Descrição dos actos (no caso de cirurgia)

Códigos (tabela da Ordem dos Médicos) _____

Nº de ks _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura e vinheta do médico proponente

Obs: Os SAMS poderão ainda pedir os meios auxiliares de diagnóstico, ou outros elementos que considerem necessários, que justificam a presente proposta.

AUTORIZAÇÃO

Parecer Clínico _____

O Director Clínico _____

Despacho _____

O Conselho de Gerência _____