

FORMULÁRIO PADRÃO – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO PARTICULAR



Paciente: _____

TUSS: _____ PROCEDIMENTO: _____

TUSS: _____ PROCEDIMENTO: _____

TUSS: _____ PROCEDIMENTO: _____

TUSS: _____ PROCEDIMENTO: _____

Será necessário OPME?

() SIM

() NÃO

Se sim, especificar:

DESCRIÇÃO OPME	QNTD.	REFERÊNCIA	FORNECEDOR

PREVISÃO DE TEMPO NO BLOCO CIRÚGICO: _____

QUANTIDADE DE DIÁRIAS NECESSÁRIAS (Detalhar a quantidade):

() UTI ____ dias () APTO ____ dias () ENF ____ dias () DAY CLINIC

Assinatura do Médico solicitante