

NOME DO PACIENTE	MATRÍCULA	DEP.
------------------	-----------	------

TIPO

INICIAL

PRORROGADA

ENDEREÇO

TEL. RESIDENCIAL

TEL. COMERCIAL

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVA

URGÊNCIA

ENTIDADE HOSPITALAR

C.N.P.J.

ENDEREÇO

TIPO DE TRATAMENTO

CLÍNICO

CIRÚRGICO

CIDADE / ESTADO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CIRURGIA PROPOSTA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICOS - ANEXAR (OBRIGATORIAMENTE)

PERÍODO DE INTERNAÇÃO SUGERIDO (EM DIAS)

AUTORIZADO

\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO

INTERNAÇÃO AUTORIZADA POR \_\_\_\_\_ DIAS

CODIFICAÇÃO DA A.M.B.:

Internação / Data	Horário	Quarto	Alta / Data	Horário
-------------------	---------	--------	-------------	---------

AUTORIZADO

\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO