



**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

ELETIVA (Data Provável \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

URGÊNCIA

Hospital			
Nome do Paciente			
Idade do Paciente	Plano	( ) INTERMEDIÁRIO	( ) ESPECIAL

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Código	Quantidade	Descrição

**JUSTIFICATIVA TÉCNICA (Enviar Exames Comprobatórios)**

--	--	--

**O.P.M.E., se necessário, favor preencher:**

Fabricante	Quantidade	Descrição COMPLETA do Nome do Material (incluir se houver Tamanho, Gramas, etc)

**MATERIAL DE APOIO (se necessário)**

Quantidade	Descrição COMPLETA

<b>Data</b>	<b>Nome do MÉDICO SOLICITANTE (assinatura e carimbo)</b>