



HOSPITAL
ADVENTISTA
do PÊNFIGO

Você em Boas Mãos

Solicitação Guia de Internação

Form.: 114/12

Pág: 1/1

Vias: 01

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS- www.penfigo.org.br

Sr. Médico queira por gentileza preencher todos os campos abaixo para devida autorização.

Convênio: _____ Matricula: _____

Plano: _____ Empresa: _____

Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Cid: _____.

Tratamento Proposto: _____

Diárias: _____.

Código do Procedimento: _____

Tempo Provável de Existência da Doença: _____

Material especial para cirurgia: Ortese – Protese - Equipamentos

Data da Internação: ____/____/____

Assinatura / carimbo Médico