

Nome completo \_\_\_\_\_

Código de Autorização 

--	--	--	--	--

**1. Motivo do Internamento**

Nos últimos 12 meses existiram sintomas/sinais de doença ou teve lugar algum tratamento?

Data das primeiras manifestações da doença:

Desde quando é seu doente?

Que tempo de evolução da doença é medicamente presumível?

Motivo do internamento:

**2. Em caso de acidente**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Descrição:

Cuê foi inicialmente atendido?

Por quem foi inicialmente atendido?

Lesões resultantes do acidente:

**3. Diagnóstico (ICD - 9 - CM)**

Código	Descrição

**4. Actos Médicos Propostos (Ordem dos Médicos / CNVRAM)**

Código	Nomenclatura	C	K

MultiCare Companhia S.A. Sede: Rua do Diabo, nº 374/375 - Bairro Paranaíba - Caixa Postal nº 410.000-000 - CEP de Itaipava - RJ - 13.041-400

