Unimed Araraquara	FORMULÁRIO	CÓDIGO: FOR.HSP.001	PÁG: 1 de 1
		ELABORADO: 09/09/19	REVISADO: 18/02/20
		VIGÊNCIA: NA	VERSÃO: 02
TÍTULO: CARTA DE INTERNAÇÃO			

Nome:____

Data de nascimento: _______/_______/_______ **Idade:** _______________

Médico: ____ **CRM:** ___________________

Tipo de internação: ( ) Clínica ( ) Cirúrgica ( ) Obstétrica ( ) Procedimento ambulatoriais

DATA DA INTERNAÇÃO: ___________/___________/___________.

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

____

____

____

PLANO TERAPÊUTICO DO PACIENTE (Quais os cuidados/metas que devo ter com esse paciente para atingir a alta no prazo estipulado?)

____

____

____

Equipe multidisciplinar: ( ) Fonoaudiologia ( ) Fisioterapia ( )Nutrição ( )Farmácia ( ) Psicologia ( )Serviço social

TEMPO PREVISTO DE INTERNAÇÃO: _____________ **DIAS *campo obrigatório**

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

Assinatura e carimbo médico (a) responsável

ANS - nº 364312