

# Plano de Cuidado Terapêutico

Ao hospital,  
Solicito para

## Beneficiário

**Nome:** **Produto - Carteirinha:** 545xx3212xx1321xxx20  
**Convênio:** SulAmérica

**Caráter de Atendimento:** Eletivo

## Médico Solicitante

**Nome:** Dr. João Amoeba  
**Conselho:** CRM 123456 SP  
**Telefone:**  
**e-mail:**

## PLANO DE CUIDADO TERAPÊUTICO

**Regiao de Abordagem Cirúrgica:** texto do procedure package

**Procedimento TUSS Principal:** 12345678

**Nível(is) a ser(em) abordado(s):** 3

**Outro(s) Procedimentos:**

1 - 40303489 - TUSS\_TEXTO\_1

**Pacote Hospitalar:** texto do hospital\_package

## HISTÓRICO CLÍNICO

**CID Principal:** M54.2 - Cervica

**Tempo de diagnóstico:** variavel de tempo de diagnóstico

**Paciente fez tratamento prévio:** Sim/Não

**Justificativa clínica:**

teste..

**Dias de internação:** texto da surgery\_approach

**Reserva de UTI:** Sim

**Reserva de Sangue:** Sim

**Observação:** Os OPMEs devem ser enviados em relatório médico

