   

Formulário para Priorização de Internação Cirúrgica

O Formulário deverá ser preenchido pelo (a) médico (a):

|  |
| --- |
| Eu MATHEUS HENRIQUE DE JESUS LIMA, médica, CPF: 70235523160\_\_,CRM nº\_31548, pertencente ao corpo clínico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, da especialidade \_\_\_\_\_\_CARDIOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito priorização de realização da internação do paciente abaixo listado:  Nome do Cliente: ANTONIO MEDEIROS ROSA  Prontuário: 10931277  Idade:64 Nome da Mãe: MARIA ZULMIRA DE JESUS  Data de Nascimento: 27/02/1954 Sexo: ( ) F ( X ) M CNS: 707605243913894  O referido paciente necessita de priorização de sua internação cirúrgica devido a seguinte condição clínica:    PACIENTE COM MIOCARDIOPATIA CHAGASSICA, ICEFER, BRD, BDASE E BAV 1 GRAU. NECESSITA DE ESTUDO ELETROFISILOGICO.            que não permite aguardar a realização da cirurgia seguindo a ordem de classificação da Lista de Espera Cirúrgica (LEC) por ordem cronológica.  Goiânia, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do médico solicitante |