   

Formulário para Priorização de Internação Cirúrgica

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

|  |
| --- |
| Eu MATHEUS HENRIQUE DE JESUS LIMA, médica, CPF 702.355.231.60\_\_,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: MARIA DE FATIMA DE BARROS FERREIRA  Prontuário: 11084076  Idade:74 Nome da Mãe: ELIZETA MOREIRA MACHADO  Data de Nascimento: 24/10/1950 Sexo: ( ) F ( X ) M CNS: 707402060038179  O referido paciente necessita de priorização de sua internação cirúrgica devido a seguinte condição clínica:    PCT PORTADOR DE MIOCARDIOMIPATIA DE ETIOLOGIA IDIOPATICA, COM TRATAMENTO OTIMIZADO. NECESSITA DE CDI PARA PROFILAXIA PRIMARIA              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 |