



PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nome do Beneficiário:	
Cartão:	Matrícula:
Nº de autorização Sigas:	Idade:
Estabelecimento:	CNPJ:
Data da internação:	Alta: Sim - Data: ___/___/___ Não
Tipo de internação: Clínica Cirúrgica	
Tipo de acomodação utilizada:	
Número de diárias já utilizadas:	Período de utilização:
Solicitamos prorrogação à partir de:	
Acomodação: Apartamento Enfermaria CTI/UTI UCO	
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO MEDICO (LETRA LEGÍVEL)	
Quadro clínico:	
Quadro atual:	
Nº de diárias a prorrogar:	
Local/Data:	Assinatura: Médico/Carimbo
Parecer da auditoria técnica: (preenchimento pelo IPISM)	