



## **PASA - Solicitação de prorrogação de internação hospitalar**

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Data da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quant. Diárias em UTI: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quant. Diárias em APTO:

Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alta hospitalar?

[  ] sim      data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[  ] não (permanece internado)

### **Relatório médico evolutivo para justificativa da prorrogação**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico solicitante