



PASA - Solicitação de prorrogação de internação hospitalar

Nome do beneficiário: _____

Matrícula: _____

Número de diárias solicitadas (a mais): _____

Acomodação: [] apto / enfermaria [] uti

Data do início da prorrogação: ____/____/____

Data do término da prorrogação: ____/____/____

Alta hospitalar?

[] sim data: ____/____/____

[] não (permanece internado)

Relatório médico evolutivo para justificativa da prorrogação

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo do médico solicitante