

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DOS ESTADO DE MINAS GERAIS****FORMULÁRIO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO IPSM**

DADOS DO BENEFICIÁRIO					
Nome do Beneficiário:					
Cartão de Saúde do Beneficiário:					
Data de Nascimento:		Idade:		Sexo: Masculino Feminino	
Telefones de Contato:			E-mail:		
DADOS DO PRESTADOR					
CNPJ:			Nome do Prestador:		
DADOS DA PRORROGAÇÃO					
Data de Início da Internação:			Data Prevista para Alta:		
Nº de autorização SIGAS:			Nº de diárias já autorizadas:		
Tipo de Internação: Clínica Cirúrgica			Tipo de Acomodação:		
CID Primário:		CID Secundário:		CID Secundário:	
Condição clínica atual: (informações que justifiquem a prorrogação)					
Proposta terapêutica para alta hospitalar					
Nº de Diárias a prorrogar:		Acomodação:		Apto.	Enf.
				CTI/UTI	UCO
Intervenções					
Acesso Venoso Central		Cateter de HD		Dieta enteral	
Dieta parenteral		Dreno torácico		EOT	
Gastrostomia		Hemodiálise		PIA	
SNE		SVD		TQT	
Úlcera de pressão			Uso de aminas		
Ventilação mecânica			VNI		
Antibióticos (sim ou não, quais e tempo previsto de uso) :					
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Nome:					
CRM:		Especialidade:		Telefone 1:	
Telefone 2:		E-mail:		Data:	
Assinatura / Carimbo com assinatura do Profissional Solicitante					