

**PLANO DE CONTINGÊNCIA**

**DADOS OPERACIONAIS - NOME DO ESTABELECIMENTO:** HABF **CÓDIGO CNES:** 2546957

MÊS/ANO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNS DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ CBO: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F

Nº DO CARTÃO DE SAÚDE DO USUÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO:** \_\_\_\_\_

CÓD. PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ QTD.: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_ CAR. ATEND.: \_\_\_\_\_

NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

CÓD. PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ QTD.: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_ CAR. ATEND.: \_\_\_\_\_

NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

CÓD. PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ QTD.: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_ CAR. ATEND.: \_\_\_\_\_

CPF DO MÉDICO: \_\_\_\_\_ NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

**RESUMO DO EXAME FÍSICO:**

**Nº AUTORIZAÇÃO:** \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: \_\_\_\_\_