Hospital da Luz

REQUISIÇÃO MÉDICA DE SANGUE

☐ Urgência Absoluta
☐ Urgência Relativa
☐ Rotina

HOSPITAL

Unidade Hospital da Luz	Centro de Custo (Local Solicitante)

Nº Matrícula	Nome do Paciente	Idade	Sexo	Quarto / Leito

Plano	Código Emp./Conv.	Empresa / Convênio	Nº de identificação no Convênio

Diagnóstico	C.I.D.

JUSTIFICATIVA / INDICAÇÃO

Clínica	Laboratorial

☐ Sangue Total_____U_____ mL
☐ Crioprecipitados _____U_____ mL
☐ Plasma Fresco _____U_____ mL
☐ Outros _____

☐ Plaquetas Afererese _____U_____mL
☐ Plaquetas Manual _____U_____ mL
☐ Concentrado de Hemácias _____ U_____ mL

MÉDICO REQUISITANTE

Data, Carimbo e Assinatura	Cód. da Espec.
/ /	

PARA USO DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

Código do Credenciado	Nome	Cód. Esp.	Cód. Mot. Enc.
		43	4

CONTA AMBULATORIAL

Código do Procedimento	Descrição	Qtd.	Valor	GL	CALC

Para Uso Exclusivo da AMICO Saúde			
	TOTAL DE MATERIAIS ➡		Descreva no verso os Mat.
	TOTAL DA CONTA ➡		

Data, Carimbo e Assinatura
/ /

Cód. HL 063292 - Bls. 100x1 - CEI

RELAÇÃO DE MATERIAIS			
Descrição	Qtd.	Valor	Para Uso Exclusivo da Amico
TOTAL DE MATERIAIS ➡			