

	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
Nome _____		
Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____		
Convênio _____		
Registro _____ Leito _____		

Número de Reserva

INFORMAÇÕES DO CONVÊNIO

Convênio _____

Plano _____ Tipo de Plano: Empresarial Individual Tipo de acomodação _____

Código da Carteirainha _____

INFORMAÇÕES DA EQUIPE MÉDICA

Cirurgião _____ CRM _____

Médico ou clínica são credenciados ao convênio? Sim Não Anestesia: Equipe Hospital

INFORMAÇÕES PARA AGENDAMENTO

Data da internação: _____ Horário da internação: _____

Data do procedimento: _____ Horário do procedimento: _____

Duração do procedimento: _____ hora(s) Previsão de internação: _____ dia(s)

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

Justificativa _____

CÓDIGO AMB / TUSS

Seq.	Código	Descrição
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

EQUIPAMENTOS OU CAIXAS (HOSPITAL)

Seq.	Descrição	Quantidade
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

MATERIAIS ESPECIAIS / OPME

Seq.	Descrição	Fornecedor	Quantidade
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			
6º			
7º			
8º			
9º			
10º			
11º			
12º			
13º			
14º			
15º			

Justificativa para uso de OPME (se necessário)

OUTRAS INFORMAÇÕES

Solicita medicamento? Sim Não Qual? _____

Biópsia de congelação? Sim Não Laboratório? _____

Reserva de UTI? Sim Não

Reserva de sangue? Sim Não Especificar _____

ORIENTAÇÕES

- Enviar laudo de imagens de exames e relatório médico detalhado sobre a indicação cirúrgica para a Central de Autorizações da unidade.
- O início da negociação da autorização com os convênios depende da agilidade do envio desta documentação.
- Para confirmar o recebimento ou obter informações sobre o processo de autorização, entrar em contato com a Central de Autorizações.

Responsável pelas informações_____
Assinatura