

NOME PACIENTE:		IDADE:
SEXO:		NACIONALIDADE:
TELEFONE/CELULAR:		E-MAIL:
FONTE PAGADORA:	<input type="checkbox"/> CONVÊNIO <input type="checkbox"/> PARTICULAR	
CONVÊNIO:		
CÓDIGO CART. CONVÊNIO:		
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:		PESO:
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:		
HORÁRIO DA CIRURGIA:		
COMORBIDADES ASSOCIADAS:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
SENDO RESPOSTA POSITIVA ACIMA, QUAIS?		

NOME CIRURGIÃO:		
TELEFONE CONSULTORIO:		E-MAIL:
TEMPO CIRÚRGICO:		
DATA PREVISTA:		HORÁRIO PREVISTO:
QTDE DIAS INTERNAÇÃO:		ACOMODAÇÃO: <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA
TIPO DE ANESTESIA:		NECESSÁRIO UTI: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EQUIPE DE ANESTESISTA:	<input type="checkbox"/> SAHA <input type="checkbox"/> EXTERNO	
HEMOTERAPIA:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

INSTRUMENTAL / CAIXA :	
EQUIPAMENTOS ESPECIAIS:	

MATERIAIS ESPECIAIS (ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS, CONSIGNADOS)

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE

3º FORNECEDORES	1)	
	2)	
	3)	

OBSERVAÇÕES:

DATA ____/____/____

Prezado Doutor (a), informamos que nosso **prazo de retorno é em até 03 dias úteis**.
 Esse formulário não substitui, sob hipótese nenhuma, a guia de autorização emitida pela operadora/convênio/plano de saúde,
 quando for o caso. **Tel.:** (11) 2162 7100 **E-mail:** recepcao.adm@hospitalsaha.com.br