

**Dados Cadastrais**

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/_____
Nome Social: _____
Tel. Res: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
Convênio: _____ Plano: _____ Nº cart.: _____
Acomodação: () Day Clinic () Apartamento - Diária: _____ () UTI - Diária: _____ () Semi UTI - Diária: _____
Data cirurgia: ____/____/_____
Horário: _____:_____ Minutos de Duração cir.: _____
Lateralidade: () Direita () Esquerda () Bilateral () Não se aplica
Anestesia: () SMA () Sem contratação de equipe anestésica () Particular CRM: _____

Dados do Procedimento

Procedimento	AMB	TUSS	Descrição
Principal			
1º Adicional			
2º Adicional			
3º Adicional			
4º Adicional			

Anatomologia Patológica: () Não () Sim - Laboratório: _____
Congelamento: () Não () Sim - Laboratório: _____
Reserva de Sangue: () Não () Sim Scopia: () Não () Sim
Outros exames de imagem intra operatório: _____

Equipamento Cirúrgico:

Data da última avaliação: ____/____/_____
CID10: _____

Breve Histórico Clínico:

Material Especial:

Fornecedores

1º _____
2º _____
3º _____

Honorários médicos:

() Cobrança Pessoal – Qual? () Particular (diretamente com o paciente)
() Credenciamento próprio - Cód. do credenciamento: _____
() Associação Médica - AMHS/AMGS (necessário ser credenciado)

ATENÇÃO! Na ausência dessa informação a solicitação de autorização à operadora será feita como PARTICULAR. Caso o repasse seja via consultório, favor informar o código de contrato junto à operadora.

OBS: Materiais e Equipamentos não solicitados podem não estar disponíveis para a cirurgia agendada.

Dados do Cirurgião

Cirurgião: _____ CRM _____
E-mail: _____
Tel. contato: () _____ - _____

Carimbo e Assinatura

Enviar a solicitação assinada pelo fax (11) 3821-5349, e-mail: GD_CentroCirurgico@samaritano.com.br ou no portal do www.samaritano.com.br > área de médicos > agenda de cirurgia. (Favor informar CRM do médico).

POP.0465 - AGENDAMENTO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DE HEMODINÂMICA