

**Solicitação de Cirurgia
Eletiva**

Colar Etiqueta do Paciente

Dados Cadastrais

Nome:

Nome Social:

Tel. Res: () Celular: () Data Nascimento: / /

Convênio: Plano:

Nº cart.:

Acomodação: Day Clinic Apartamento Diária: Reserva: UTI Semi-UTI Diária:

Data cirurgia: / / Horário: Minutos de Duração cir.:

Lateralidade: Direito Esquerdo Bilateral Não se aplica

Anestesia: SMA Sem contratação de equipe anestésica Particular CRM do anestesista:

Dados do Procedimento

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

Anatomologia Patológica: Sim Não Laboratório:

Congelação: Sim Não Laboratório:

Reserva de Sangue: Sim Não Scopia: Sim Não Ecotransesofágico: Sim Não

Microscópio: Sim Não Cell Saver: Sim Não CEC: Sim Não

Outros exames de imagem intra operatório:

Equipamento Cirúrgico:

Breve Histórico Clínico:

Data da última avaliação: CID10:

Material Especial:Aspirador ultrassônico: Sim NãoFornecedor: ECMO: Sim NãoFornecedor: Neuronavegador: Sim NãoFornecedor: Potencial Evocado: Sim NãoFornecedor: **Outros Materiais Especiais:****Fornecedor**

1º

2º

3º

Honorários médicos:**Tipo:** Cobrança Pessoal - Particular (diretamente com o paciente) Cobrança Pessoal - Credenciamento próprioCód. 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****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