



Autorização Especial - Profissional Não Cadastrado

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Prezado(a) Dr.(a)

Dispomos de Fluxo para Autorização Especial para profissionais não cadastrados na unidade e que precisam, por motivo de exceção, participar ou observar o procedimento específico.

A Autorização Especial deve ser solicitada em horário comercial, no setor de Relacionamento Médico, e o solicitante deve estar munido da documentação exigida:

- Ficha de autorização especial preenchida e assinada
- Documento com foto / Carteira do Conselho
- Carta de Autorização do médico responsável pelo procedimento, permitindo a entrada do profissional solicitante.

O formulário passa pela aprovação da Diretoria e será encaminhado a todos os setores envolvidos para a liberação da entrada.

Os documentos relacionados e a ficha preenchida devem ser encaminhados através do email relacionamentomedico@vilanovastar.com.br.

A Autorização Especial será liberada em até no máximo 2 vezes por profissional, após, será necessário solicitar cadastro definitivo.

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome

Conselho / Nº

Especialidade

CPF

RG

Data de Nascimento

/

/

Telefone Celular

E-mail

Internação Clínica

Internação Cirúrgica

Participação na Cirurgia

Médico Auxiliar

Instrumentador

Observador

Médico responsável pelo procedimento / internação

Hipótese Diagnóstica ou Cirurgia Proposta

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo

CPF / RG

Leito

Data e horário do procedimento

/

/

:

Declaro ciência e veracidade das informações acima.

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A) E/OU PROFISSIONAL SOLICITANTE

Data

/

/

O ACESSO AO SISTEMA TASY NÃO É LIBERADO PARA PROFISSIONAIS COM AUTORIZAÇÃO ESPECIAL.

Relacionamento Médico

Autorizado por (Diretoria)

Data

/

/

Data

/

/

Horário de funcionamento: segunda a quinta-feira das 08h às 17 e às sextas-feiras das 08h às 16h | Telefone para contato: 11 3457-1015



Carta de Autorização para Profissional Não Cadastrado

Eu, Dr.(a) _____,
responsável pelo procedimento / internação do(a) paciente _____,
autorizo a entrada do(a) profissional
no Centro Cirúrgico, na condição de:

- Assistente
- Instrumentador(a)
- Observador(a)
- Outros. Descrever

Observações

Nome Completo

CR	Data	Assinatura Médico(a) Responsável pelo Procedimento
:	/ /	