

## Autorização Especial - Profissional Não Cadastrado

### Orientações Gerais

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

A Autorização Especial deve ser solicitada ao relacionamento médico pelos canais de contato disponíveis (WhatsApp, e-mail ou telefone), ou pessoalmente em horário de atendimento.

Sendo que para liberação é obrigatório apresentar os seguintes documentos:

- Ficha de autorização especial preenchida e assinada pelo profissional não cadastrado e Titular principal.
- Identidade / Carteira do Conselho.
- Diploma de Instrumentação / Diploma de Anestesista / Declaração de matrícula - A depender de cada solicitação.

**As solicitações feitas pelos canais de contato devem ser formalizadas e direcionadas para o e-mail [relacionamentomedico@vilanovastar.com.br](mailto:relacionamentomedico@vilanovastar.com.br) com no mínimo 24 horas de antecedência, podendo ser rejeitada/negada caso não esteja preenchida corretamente e/ou documentação encaminhada esteja divergente ou insuficiente.**

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

Horário de funcionamento: Segunda a Quinta das 07h às 19h e aos Sábados das 08h ao 12h

Canais de contato: WhatsApp 11 93750-8950 | Telefone: 11 3457-1015 ou 2461

E-mail: [relacionamentomedico@vilanovastar.com.br](mailto:relacionamentomedico@vilanovastar.com.br)

### Dados do profissional não cadastrado

Nome Completo:

Nº CPF

Conselho/Nº

Especialidade:

Telefone Celular:

E-mail:

Participação na Cirurgia: Assistente ( ☐ ) Instrumentador(a) ( ☐ ) Observador(a) ( ☐ )

Anestesista (Obrigatório formação > a 2 anos na especialidade) ( ☐ )

Observação/Outros (Obrigatório descrever atuação no procedimento) :

Assinatura e carimbo:

Data: / /

### Dados do médico titular responsável

Nome Completo:

Conselho/Nº

Assinatura e carimbo:

Data: / /

### Dados do Paciente

Nome Completo:

Data da cirurgia: / /

Horário da cirurgia:

Relacionamento Médico

Autorizado por (Diretoria)

Data: / /

Data: / /

A autorização especial não libera acesso ao Tasy