

	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
	Nome _____	
	Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____	
	Convênio _____	
	Registro _____ Leito _____	

	Número de Reserva
--	-------------------

INFORMAÇÕES DO CONVÊNIO

Convênio _____

Plano _____ Tipo de Plano: ☐ Empresarial ☐ Individual Tipo de acomodação _____

Código da Carteirainha _____

INFORMAÇÕES DA EQUIPE MÉDICA

Cirurgião _____ CRM _____

Médico ou clínica são credenciados ao convênio? ☐ Sim ☐ Não Anestesia: ☐ Equipe ☐ Hospital

INFORMAÇÕES PARA AGENDAMENTO

Data da internação: _____ Horário da internação: _____

Data do procedimento: _____ Horário do procedimento: _____

Duração do procedimento: _____ hora(s) Previsão de internação: _____ dia(s)

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

Justificativa

CÓDIGO AMB / TUSS

Seq.	Código	Descrição
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

EQUIPAMENTOS OU CAIXAS (HOSPITAL)

Seq.	Descrição	Quantidade
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		
6º		
7º		
8º		
9º		
10º		

MATERIAIS ESPECIAIS / OPME

Seq.	Descrição	Fornecedor	Quantidade
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			
6º			
7º			
8º			
9º			
10º			
11º			
12º			
13º			
14º			
15º			

Justificativa para uso de OPME (se necessário)

OUTRAS INFORMAÇÕES

Solicita medicamento? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

Biópsia de congelação? ☐ Sim ☐ Não Laboratório? _____

Reserva de UTI? ☐ Sim ☐ Não

Reserva de sangue? ☐ Sim ☐ Não Especificar _____

ORIENTAÇÕES

- Enviar laudo de imagens de exames e relatório médico detalhado sobre a indicação cirúrgica para a Central de Autorizações da unidade.
- O início da negociação da autorização com os convênios depende da agilidade do envio desta documentação.
- Para confirmar o recebimento ou obter informações sobre o processo de autorização, entrar em contato com a Central de Autorizações.

Central de Reservas (segunda a domingo, das 7h às 22h)	Telefone	Fax	E-mail
Agendamento para o Hospital Vila Nova Star	11 3003-3314	11 3040.9393	cirurgiastar@rededor.com.br
Agendamento para os Hospitais São Luiz e SinoBrasileiro	11 3040-1300	11 3040.9393	creservas@saoluiz.com.br
Central de Autorizações	Telefone	Fax	E-mail
Hospital Vila Nova Star	11 3040-1234	11 3040-1569	cavns@saoluiz.com.br
Hospital São Luiz Unidade Itaim	11 3040-1234	11 3040-1569	caitaim@saoluiz.com.br
Hospital São Luiz Unidade Morumbi	11 3093-1234	11 3093-1569	camorumbi@saoluiz.com.br
Hospital e Maternidade SinoBrasileiro	11 3652-8000 ramal 1156	-	nucleoautorizacoes.hmsb@saoluiz.com.br
Hospital São Luiz Unidade Anália Franco	11 3386-1234	11 3386-1569	caanalia@saoluiz.com.br
Hospital São Luiz Unidade Jabaquara e Hospital da Criança	11 5018-4332	11 5018-4553	cajbq@saoluiz.com.br

Responsável pelas informações

Assinatura