#### Autorização Especial (Profissionais Não Cadastrados)

**Estabelecimentos** Bela Vista Itaim Jardins Brasília



**Dados Pessoais**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CREMESP \_\_\_\_\_\_\_\_\_Especialidade. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Comercial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participação na cirurgia como:**

* Médico principal Médico Auxiliar Instrumentador Observador



Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Médico cirurgião titular que marcou a cirurgia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados do Paciente**

Nome Completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data prevista da internação \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tempo de Permanência \_\_\_\_\_\_\_ dias

Particular Convênio – Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plano\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Tipo internação Clínica Cirúrgico



Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A falta de qualquer documento impedirá o ingresso no Centro Cirúrgico.**

**Documentos necessários para médicos:**  Cópia do Título de Especialista Cópia do CREMESP.



**Documentos necessários para outros profissionais:**  Cópia do Certificado de Instrumentação ou, da Área de atuação (frente e verso) Cópia do CPF/RG Carta de autorização do cirurgião titular.



* O agendamento da cirurgia para a data solicitada depende da disponibilidade de horário ou leito no hospital;
* Em caso de convênios ou seguradoras, a realização do procedimento depende de prazo, da autorização prévia da fonte pagadora e, em alguns casos, necessidade de segunda opinião;
* Utilizar Anestesista com Treinamento Institucional de Anestesia Segura;
* Solicitar Autorização Prévia do Convênio com 3 Orçamentos de Materiais Conforme Resolução CFM;
* Estou ciente que devo solicitar material padronizado ou de empresas homologadas na instituição.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a). Médico ou (a). Solicitante

**Cadastrado por:**

**Data:**

**Autorizado por:**

**Data:**

**Conferido por:**

**Data:**

**Recebido por:**

**Data:**