



Solicitação de internação/Golden Cross

Email para Recepção: centraldeautorizacao@haoc.com.br

Fax: 3549-0063/0761 (para confirmar recebimento)

Para que possamos dar andamento ao pedido de internação, solicitamos o preenchimento dos campos abaixo:

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: __/__/__

Código junto ao convênio: _____

Tipo de atendimento: Clínico () Cirúrgico () Emergência () Internado ()

Código AMB _____ Qtde. _____ Descrição _____

Código AMB _____ Qtde. _____ Descrição _____

Código AMB _____ Qtde. _____ Descrição _____

Data prevista de internação: __/__/__ Quantidade de diárias solicitadas: _____

Diagnóstico/Tratamento _____

Etiologia _____

História pregressa da moléstia atual _____

A equipe médica é credenciada junto ao convênio? Sim () Não ()

CPF ou CNPJ do credenciado: _____

Nome do médico assistente/responsável: _____

CRM do médico assistente/responsável: _____

Telefone do médico: _____

Especialidade: _____

Assinatura e carimbo médico

Obs.: Não esquecer de enviar laudos de exames comprobatórios