Hospital Alemão OSWALDO CRUZ

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA MATERIAIS E/OU PROCEDIMENTOS

Solicitação inicial ( )	Complementar ( )	( ) Emergência: ( ) Sim ( ) Não
Cliente/Paciente:		Código do segurado:
Convênio:	Senha:	Data de cirurgia: _____/_____/_____
Contato:	Fone:	Fax:

Procedimento(s) cirúrgico(s)	Códigos - AMB

Relatório Médico:

DESCRIMINAÇÃO DOS MATERIAIS			Quantidade solicitada	Quantidade Autorizada
Item	Especificação (Nome/Tipo/Modelo)	Fabricante		
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

_____ _____/_____/_____
Assinatura/Carimbo do cirurgião

Ao Cirurgião:
Gentileza incluir no relatório resultado(s) de exame(s) que justifique(m) a necessidade dos Materiais solicitados retorno nos contatos:
Fax 3549-0258 – 0768
Confirmação do recebimento 3549-0761