

Validação Prévia de Procedimentos



SulAmérica

associada ao ING

Observações Importantes

1. Para agilizar a validação prévia de procedimentos, é fundamental o preenchimento completo deste formulário.
2. A validação prévia de procedimentos será liberada com base nas informações aqui prestadas, sujeitas à validação pela auditoria médica.
3. Se necessário prorrogar a validação prévia de procedimentos, utilizar o formulário "Prorrogação de Internação Hospitalar - Cód. 0011.9092.0697
4. Anexar laudos de exames relacionados ao diagnóstico/tratamento.

Nº _____

Nome do contratado		Código na operadora / CNPJ / CPF					
UF	Cidade						
e-mail para recepção			Fax para resposta ()		Ramal:		
Telefone para contato ()			Nome do contato				
Nome			Idade				
Plano	Produto	Nº da carteira			Validade da Carteira		
Caráter da internação E - Eletiva U - Urgência / Emergência		Tipo de internação 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica			Regime de internação 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar		
Data de emissão da guia / /		Data prevista / /		Qtde. diárias solicitadas		Uso de vídeo Sim Não	
Indicação clínica							
						CID 10 principal	
Descrição			Procedimento	Qtde. solicitada	Qtde. validada		
Descrição			Procedimento	Qtde. solicitada	Qtde. validada		
<p>Para procedimentos cirúrgicos com utilização de materiais especiais, utilizar o formulário Validação de Procedimentos com Materiais Especiais ou acessar no site www.sulamerica.com.br/saudeonline</p> <p>Preencher se Segurado de Plano Individual ou PME</p> <p>Etiologia / Doença de base</p>							
História progressa da moléstia atual							
						Data provável da admissão hospitalar / /	
Tempo de existência da doença de base Anos Meses		Início dos primeiros sintomas / /		Data do primeiro diagnóstico / /			
Fez ou faz uso de algum medicamento de forma regular?			Discriminar				
Sim Não							
Nome e especialidade dos médicos que atenderam o segurado anteriormente							
Assumo plena responsabilidade pelas informações acima.							
Médico Assistente/Responsável (assinatura sobre carimbo com nome e CRM)		Conselho Profissional	Nº no Conselho	UF	Data / /	Telefone para Contato () - Ramal:	