Hospital Alemão
OSWALDO CRUZ

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