



Telefone do SABS 0800-7014619 (DISCAGEM DIRETA GRATUITA)		Guia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Prorrogação		1. O formulário deverá ser preenchido integralmente. 2. Em caso de procedimentos eletivos, a solicitação deverá ser feita com 4 dias úteis de antecedência.	
Senha	Data da solicitação	Hora		Nº do Cartão de Identificação	
Nome do Paciente				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade
Nome do Titular			Plano	Rede	
Hospital / Clínica			Código Hospital / Clínica	Telefone (DDD)	
Endereço do Hospital / Clínica (Rua, Cidade, Estado)				Funcionário Hospital / Clínica	

Uso do Médico

Histórico da doença atual que justifica a internação / Prorrogação	Tipo da Doença <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Aguda	
	Tempo de evolução da doença Anos : Meses : Dias : Horas	
	Em caso de acidente, informar	
	Data	Horário

Exames complementares (resultados) / Exame físico (dados relevantes)

	Peso	Altura
Diagnóstico(s)		
Diagnóstico etiológico		
Tratamento(s) proposto(s)		

Tipo de tratamento <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Obstétrico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Outros	Internação <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência / Emergência	UTI Neo-Natal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome da Cirurgia e Via de acesso			
Data prevista Internação	Data prevista Cirurgia	Dias prev. Internação	Dias autorizados	Procedimentos <input type="checkbox"/> AMB <input type="checkbox"/> Day Clinic	Atendente SABS	Quantidade de Diárias Quarto/Enfermeira	Quantidade de Diárias UTI/Unidade Semi-Intensiva
Procedimento Efetuado				Data:	Horário:		
Nome do Médico solicitante				Especialidade	CRM		
Nome do Médico assistente				Especialidade	CRM		
Endereço do Consultório (Méd. Assist.)				Telefone (DDD)	Telefone Celular		

Uso da Operadora ➔	Códigos de doenças Bradesco Saúde	Assinatura e carimbo do médico
---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Declaração

- Por esta declaração, referente à autorização de internação desta e de todas as prorrogações que vierem a ser concedidas, autorizo:
- A Bradesco Saúde a solicitar de minha pessoa (Segurados ou Beneficiário), durante qualquer época do atendimento referido nesta declaração, as respectivas provas de identidade, ficando a Bradesco Saúde desobrigada de suas responsabilidades contratuais, caso tais provas não sejam apresentadas.
 - O hospital e/ou médico acima indicado(s) a fornecer ao médico visitador da Bradesco Saúde toda e qualquer informação que esteja relacionada com a internação, evolução e tratamento do caso objeto desta declaração.
 - A Bradesco Saúde a efetuar o pagamento ao hospital acima mencionado, em meu nome e por minha conta, das despesas decorrentes da internação objeto desta declaração, conforme autorização nos termos do contrato por mim assinado.
 - A Bradesco Saúde a efetuar o pagamento, em meu nome e por minha conta, à equipe médica referenciada que atuou no evento a que se refere esta solicitação, nos termos das Condições Gerais da apólice de seguro.