

1. Dados sobre o paciente:

Nome:		Idade:
Telefone:	Fax:	E-mail:

2. Dados sobre o médico:

Nome:		Secretária:
Telefone:	Fax:	E-mail:

 Anestesista da Casa: Sim Não
3. Dados dos procedimentos:

Nome:	Código AMB:	Data provável:
Nome:	Código AMB:	Data provável:
Nome:	Código AMB:	Data provável:

3.1. Anestesia:

 Geral
 Raqui
 Peri.
 Local
 Sed.
3.2. Diárias:

 Apart.
 Enfer.
 Qtde
^{1/2}
 Diária
3.3. UTI - Quantidade (diária)

 Qtde

HD / CID:

--

3.4. Sala cirúrgica: (Horas)

 Qtde
3.5. Medicamento Especial:

 Desc.:
 Qtde.:
3.6. Utilização de hemoterapia?

 Sim Qtde
 Não
3.7. Qtde de fisioterapias

 Motora
 Resp.
3.8. Utiliza V.N.I.?
(Ventilação não invasiva)

 Sim
 Não
3.9. Utilização de material especial?

 Sim
 Não
3.9.1 Descreva os materiais especiais necessários:

Fornecedor	Fabricante	Descrição	Quantidade

3.10. Utilização de equipamentos?

Sim

Não

3.10.1 Descreva os equipamentos necessários:

RX
Scopia
Artroscópio
Microscópio

Observações:

4. Como deseja receber o retorno do orçamento?

Fax: _____

E-mail: _____

Solicitamos que todos os campos sejam devidamente preenchidos com informações claras e precisas. O médico deverá preencher, assinar e transmitir por fax: **5576-0884** (comercial).

O Hospital não se responsabiliza por falta ou divergência de informações. Caso sejam utilizados produtos ou realizados procedimentos não mencionados nesta solicitação, serão cobrados como intercorrência.

Os procedimentos cirúrgicos não prevêm nenhum tipo de honorários médicos.

Data de solicitação: ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico (a)	CRM
Assinatura do Paciente	