

**AVISO DE CIRURGIA**
 S.U.S. Gratuito
 Convênio
 Particular Outros
Acomodação
 Apartamento
 Enfermaria
Internação

Dia:

Hora:

Cirurgia

Dia:

Hora:

Paciente:

Convênio:

Nº da Carteirainha

Data de Nasc.:

Idade:

Sexo:

Telefone:

Médico:

CRM:

Clínica:

Telefone da clínica:

Diagnóstico:

CID:

Relatório Médico detalhado:

Código do Procedimento:

Procedimento Cirurgico:

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| Anestesiista é da casa? ()Sim ()Não | - Se não, nº CRM _____ | Utilizará C.P.M - Mobilização Passiva Contínua no pós operatório ()Sim ()Não |
| Necessário RX em sala? ()Sim ()Não | Microscópio ()Sim ()Não | Paciente dependente de Ventilação Mecânica? ()Sim ()Não |
| TV Scopia ()Sim ()Não | Garrote Pneumático ()Sim ()Não | <small>**se sim reservar leito UTI no pré e pós operatório</small> |
| Drill ()Sim ()Não | Perfurador ()Sim ()Não | Pcte utiliza ventilação mecânica não invasiva noturna - BIPAP ()Sim ()Não |
| Microserra ()Sim ()Não | Serra ()Sim ()Não | <small>**se sim reservar aparelho com fisioterapia</small> |
| Transusão de Sangue ()Sim ()Não | UTI Pós Operatória ()Sim ()Não | |

Tempo de Duração:

Porte da Cirurgia:

 Pequeno
 Média
 Grande

Outros materiais / equipamentos:

Material Consignado

| Descrição | Opções de Fornecedor: Em ordem de preferência | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|
| | Qtde | 1º Opção | 2º Opção | 3º Opção |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

NOTA: A grande maioria dos convênios nos exige 3 opções de fornecedor.

Observações:

USO DO MÉDICO

Alergias: Látex ()Sim ()Não Outras Alergias: ()Sim ()Não - Se sim descrever: _____

Nome/Visto:

CRM:

Data:

USO DO SERVIÇO SOCIAL

Data de inclusão em LEC:

Assistente Social:

Data:

Código AACD: _____