

Orçamento cirúrgico particular

Nome do Médico (a): Dr (a). _____

Nome do (a) paciente: _____

Procedimento (s): _____ ,

solicitamos a gentileza de responder as questões abaixo e retornar via fax ou e-mail.

1-Tipo de Internação: DAY CLINIC () - Qtde () Horas

APTO () - Qtde ()

UTI () - Qtde ()

2-Qual a idade do paciente? _____

3-O paciente apresenta comorbidades? Quais? _____

4-O paciente faz uso de medicações específicas? () Sim () Não
Quais? _____

5-Qual o tempo previsto de cirurgia? _____

6-Tipo de anestesia: () raqui () geral () peridural () sedação () bloqueio () local () outros

7-Anestesista: () SMA () Externo

8-Serão utilizados materiais especiais ou equipamentos específicos para o procedimento? (órteses, próteses, enxertos, material de síntese, material laparoscópico, etc). **Especifique o material, empresa e quantidade.**

09-Quais os fios cirúrgicos a serem utilizados e quantidade.

10-Será utilizada alguma medicação especial? () Sim () Não
Qual? _____

11-Cite o antibiótico a ser utilizado. _____

12- Será Utilizado: () PCA () RADIOSCOPIA

13- Qual o código da tabela AMB do Procedimento? _____

OBS: _____

Não estão inclusos no orçamento: exames laboratoriais e radiológicos, anátomo- patológico, hemoterapia, honorários médicos e intercorrências.

Responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____