

SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO PARA PROCEDIMENTOS PARTICULARES

Data da solicitação: ____/____/____

Solicitante - Sr(a) _____ Fone p/ contato: () _____

Email: _____ Fax p/ envio: () _____

Paciente: Sr(a) _____

Fone: () _____ FAX: () _____

Nome do **Médico:** Dr(a) _____ CRM _____

Fone: () _____ FAX: () _____

Email: _____ deseja receber o orçamento por email? _____

Internação para Tratamento: Clínico Cirúrgico

Nome do **Procedimento:** _____

Código da tabela **AMB:** _____

Desmembramento NÃO SIM

Data prevista para Internação? NÃO SIM Qual: _____

PARA PREENCHIMENTO DO SETOR DE ORÇAMENTOS PARTICULARES

Data do recebimento da solicitação: ____/____/____ Horário: _____

Data da passagem de fax p/ preenchimento do médico: ____/____/____ Horário: _____

Data do retorno do fax preenchido pelo médico: ____/____/____ Horário recebimento: _____

Tempo cirúrgico: _____ Tipo de anestesia: _____

Tempo de internação: _____

Valor do orçamento informado: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____

Válido até: ____/____/____

Valor Pago: _____

Observações:
