

## SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO CIRÚRGICO

Todos os dados são de preenchimento obrigatório

Dados do Paciente		
Nome:		
Data Nascimento:	Idade:	
Telefone para contato:		
E-mail:		
Tipo de Acomodação:	Enfermaria ( ) Apartamento ( )	Tempo previsto de internação:
Dados da Cirurgia		
Diagnóstico:	CID:	
Procedimento 1:	Código TUSS:	
Procedimento 2:	Código TUSS:	
Procedimento 3:	Código TUSS:	
Data prevista da cirurgia:	Tempo estimado de cirurgia:	
Necessidade UTI: NÃO ( ) SIM ( ) Quantos dias:		
Tipo de Anestesia: ( ) Geral ( ) Raqui ( ) Peridural ( ) Local ( ) Sedação		
Fará uso de medicamentos especial de alto custo: ( ) NÃO ( ) SIM Quais:		
Necessidade de hemocomponentes: ( ) NÃO ( ) SIM, quais e quantos:		
Necessidade de Anátomo Patológico: ( ) NÃO ( ) SIM		
Necessidade congelamento: ( ) NÃO ( ) SIM		
Equipamentos: Mesa Ortopédica ( ) Microscópio ( ) Vídeo Imagem ( ) Foco Frontal ( ) Arco Cirúrgico ( ) Garrote Pneumático ( ) Mesa radio transparente ( )		
Outros: _____		
Materiais especiais		
Material	Marca e Fabricante	Quantidade
Dados do Médico		
Nome:		
CRM:		
Telefones para contato:		
E-mail:		
Data da solicitação:        /        /		
Observações:		
Carimbo e assinatura do médico:		

Imprimir => assinar => escanear => enviar por email: [cam@hdaa.org.br](mailto:cam@hdaa.org.br)

A.DTEC.0003v00