ORÇAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FORMULARIO PARA PARTICULAR

1. **Dados do Paciente :**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** | **IDADE:** |

**Dados do Médico:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | **CRM:** | **Secretária:** |
|  | | |  |  |
| **Telefone:** | **Fax:** | **E-mail:** | | |

1. **Dados dos Procedimentos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição:** | **Cod. TUSS** | **Data Provável:** |
| **Descrição:** | **Cod. TUSS** | **Data Provável:** |
| **Descrição:** | **Cod. TUSS** | **Data Provável:** |

* 1. **Anestesia 3.2. Diárias: 3.3. Sala Cirúrgica: Horas**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Geral Raqui Peri. Local Sed.**

|  |
| --- |
|  |

**Qtde.Apartamento Qtde. Enfermaria Qtde. Day Hospital Qtde. UTI**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Horas :**

Hip**óteses Diagnósticas / CID**

**Anestesia Equipe Hospital? Anestesia Equipe Cirurgica?**

SIM **( )** NÃO **( )** SIM **( )** NÃO **( )**

**3.4. Medicamento Especial:**  **3.5. Banco de Sangue?**

SIM **( )** NÃO **( )** SIM **( )** NÃO **( )**

PLAQUETA **( )**

|  |
| --- |
|  |

HEMACIA **( )**

PLASMA **( )**

**3.6. Qtde de Fisioterapia.**

SIM**( )** NÃO **( )**

**3.8 Utilização de Material Especial?**

SIM **( )** NÃO **( )**

* 1. **Descrição de materiais especiais necessários?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fornecedor | Fabricante | Descrição | Quantidade |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Utilização de equipamentos?**

**Sim Não**

* + 1. **Drescição dos equipamentos:**

**Raio X Scopia Artroscópia Microscópio**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

* + 1. **Outras Observações:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Como deseja receber o retorno do orçamento?**

**Fax:**

**E-mail:**

Solicitamos que todos os campos sejam devidamente preenchido com informações claras e precisa. O médico deverá preencher, assinar e transmitir por e-mail [**orcamento@hospitalsantarita.com.br**](mailto:orcamento@hospitalsantarita.com.br)

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 preveem nenhum tipo de honorários médicos Data da Solicitação: / /

**CRM**

**Assinatura do Medico (a):**

**Assinatura do Paciente:**