

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente:

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):

Sexo:

Mulher

Homem

Telefone:

Convênio:

Plano:

Nº carteirinha:

CPF ou Passaporte ou RNE

DADOS DA CIRURGIA

Data da Cirurgia - 1ª opção (dd/mm/aaaa):

Horário:

 h min

Data da Cirurgia - 2ª opção (dd/mm/aaaa):

Horário:

 h min

Tempo de Sala:

 hs

CID:

OPME:

Sim

Não

CÓD. TUSS DA CIRURGIA - NOME DA CIRURGIA

 - - - - -

Reserva de Hemoderivados:	Sim	Não		
Reserva de UTI:	Sim	Não		
Patologia:	Sim	Não		
Lateralidade:	D	E	Bilateral	Não se Aplica
Cirurgia Robótica:	Sim	Não		
Cirurgia com Intrabeam:	Sim	Não		

DADOS DA EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião:

CRM:

CRO:

Telefone confirmação de reserva:

Credenciado Amil:

Sim Não

Responsável pelo preenchimento:

Código Credenciado Amil:

DADOS DA EQUIPE ANESTÉSICA

SMA

Anestesia Local

SAMP

Externo

Nome:

CRM: