

## 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.

Tipo de Internação:

DAY CLINIC

APTO

UTI

Qtde (horas)

Qtde

Qtde

Unidade:

PAULISTA

VERGUEIRO

Data de nascimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O paciente apresenta comorbidades?

Sim

Não

Quais?

Qual o tempo previsto de cirurgia?

h  min

Tipo de anestesia:

Raqui

Sedação

Geral

Bloqueio

Peridural

Local

Outros:

Anestesia:

SMA

Externo

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.**

Quais os fios cirúrgicos a serem utilizados e quantidade.

Será utilizada alguma medicação especial?

Sim

Não

Quais?

Cite o antibiótico a ser utilizado.

Será utilizado:

PCA

RADIOSCOPIA

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:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Setor de Orçamento Particular**

Fones:

**(11) 3549-0172 / (11) 3549-0083 / (11) 3549-0514**

E-mail:

**orcamento@haoc.com.br**