



ORÇAMENTO

Data da solicitação: ____/____/____

Nome do médico: _____

Telefone: _____ CRM: _____

E-mail: _____ Secretária: _____

Nome do paciente: _____

Telefone: _____ Data de nasc.: ____/____/____

CPF: _____ Nacionalidade: _____

E-mail: _____

Procedimento(s) a ser(em) realizado(s): _____

Código AMB ou TUSS: _____ Já foi agendada? Sim Não

Data provável da cirurgia: ____/____/____ Tempo de duração da cirurgia: _____ Hora(s)

Anestesia:

Geral
Peridural
Raqui
Local
Bloqueio
Outros

Diárias quantidade:

Dias em apartamento:
Dias em UTI:
Dias em UCO/UCG:
Repouso/Hrs:

Equipamentos:

Sistema de vídeo
VÍdeo laparoscópica
Artroscópio
Scopia
Zeiss III
Zeiss IV contraves
US intraoperatório
Cell saver
Ultracision
CEC cistoscópio
Cistoscópio
Aspirador

Anatomia patológica:

Anátomo patológico
Método congelação
Imunoperoxidase por antígeno

Exames laboratoriais:

intraoperatórios
Outros

Radiodiagnósticos

Raios-x
Tomografia
Ultrassom
Res. magnética

Local:

Fisioterapia/sessão

Motora
Respiratória

Banco de sangue:

Conc. de hemácias
Conc. de Plaqueta
Plasma fresco congelado

Radioterapia Intra – Operatória:

Sim
Não
Radio oncologista:
Doutro(a):



DEDICADO À VIDA
DESDE 1916

HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA

ORÇAMENTO

Será usado material consignado? (órteses, próteses, enxertos, material de síntese, cateteres especiais, telas etc.)

Sim Não

Por favor, especifique o(os) material(ais), quantidades e a(s) empresa(s) fornecedoras:

| Qtde | Descrição | Fornecedor |
|------|-----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Observações Complementares:

Responsável pelas informações: _____

Data: ____/____/____