

*Campos de preenchimento obrigatório.

1. Informações do solicitante

*Nome do Contato:	Clinica:	*Telefone de Contato:	e-mail:
-------------------	----------	-----------------------	---------

2. Informações do paciente

*Nome Completo:			Idade:
Sexo	Peso	*Telefone Residencial	Telefone Celular
e-mail:			

3. Informações para o procedimento médico

*Data da cirurgia	*Tempo de Cirurgia	Nº do Aviso Cirúrgico
*Nome do cirurgião:		*C.R.M.:
*Nome do anestesista:		*C.R.M.:
*Código TUSS:	Descrição do Procedimento	
*Código TUSS:	Descrição do Procedimento	

3.1 Quantidade de diárias: Marque com um "X" e/ou informe a quantidade.

<input type="text"/>	Nº de diárias de Apartamento:	<input type="text"/>	Nº de diárias de U.T.I:
----------------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------

3.2 Anestesia: Marque com um "X"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.3 Equipamentos (intra-operatório): Marque com um "X"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.4 Banco de Sangue: Informe a quantidade

<input type="text"/>	Hemácias	<input type="text"/>	Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------	----------------------	-----------	----------------------	----------------------

4. Exames laboratoriais / Anatomia patológica: Marque com um "X"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

5. Exames por Radiodiagnóstico: marque um "X" no tipo e descreva os exames

1. _____	2. _____	3. _____
----------	----------	----------

6. Fisioterapia / sessão: Informe a quantidade

<input type="text"/>	Respiratória	<input type="text"/>	Motora	<input type="text"/>
----------------------	--------------	----------------------	--------	----------------------

7. Materiais especiais (OPME)

Quantidade:	Descrição:	Fabricante/Marca:	Fornecedor:
Quantidade:	Descrição:	Fabricante/Marca:	Fornecedor:
Quantidade:	Descrição:	Fabricante/Marca:	Fornecedor:
Quantidade:	Descrição:	Fabricante/Marca:	Fornecedor:

8. Medicamentos de alto custo

Quantidade:	Descrição:	Fabricante/Marca:
Quantidade:	Descrição:	Fabricante/Marca:

9. Materiais hospitalares: Marque com um "X" e descreva o tipo

Qde. <input type="text"/>	Tipo: _____	Qde. <input type="text"/>	Tipo: _____
Qde. <input type="text"/>	Tipo: _____	Qde. <input type="text"/>	Tipo: _____

10. Observações:

Este formulário destina-se a coleta de informações para elaboração de uma estimativa de orçamento. Solicitamos que todos os campos sejam devidamente preenchidos com informações claras e precisas pelo médico responsável. O Hospital não se responsabiliza pela falta ou divergência de informações. Produtos e/ou procedimentos médicos realizados não mencionados nesta solicitação e/ou não incluídos na estimativa serão cobrados a parte.

Após o preenchimento deste formulário enviar por e-mail para comercial@sabara.com.br, confirmando o recebimento na sequência pelo telefone (11) 3155-2877/2801 ou 2155-9384/9312. Após a confirmação de recebimento o hospital irá retornar o orçamento em até 48 horas.

*Data da solicitação 9/11/2015	*Carimbo e assinatura do médico:
-----------------------------------	----------------------------------