

## DADOS DO PACIENTE

Nome \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
Sexo ( ) feminino ( ) masculino Peso: \_\_, \_\_ gramas; Tel. do Responsável: \_\_\_\_\_  
Particular ( ) Convênio ( ) Qual: \_\_\_\_\_ Número do cartão \_\_\_\_\_  
Plano \_\_\_\_\_ Centro Excelência ( ) Sim ( ) Não Tipo de acomodação ( ) apartamento ( ) enfermaria

## RESPONSÁVEL DO PACIENTE (PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL)

Nome do responsável \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
Telefone (s) / Celular: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## DADOS EQUIPE MÉDICA

Cirurgião (ã) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
Credenciado ao convênio ( ) sim ( ) não Honorários médicos cobrança via ( ) hospital ( ) consultório  
Anestesiologista \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ ( ) hospital ( ) equipe médica

## DADOS PARA AGENDAMENTO

Cirurgia ( ) eletiva ( ) urgência Referente internação: ( ) está internada no HIS  
Data da cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) internará véspera ( ) Internará no dia cirúrgico.  
Horário \_\_\_\_\_ Tempo de Cirurgia: \_\_\_\_\_  
Regime de internação na chegada ao hospital ( ) Day Clinic ( ) Diária ( ) UTI

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Cirurgia principal /CID: \_\_\_\_\_

## DADOS DA CIRURGIA

Indicação/ Justifica \_\_\_\_\_

|   | Código TUSS/AMB | Descrição do procedimento | Quantidade | Particular      |
|---|-----------------|---------------------------|------------|-----------------|
| 1 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 2 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 3 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 4 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 5 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 6 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 7 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 8 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |
| 9 |                 |                           |            | ( ) sim ( ) não |

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

Necessitará de reserva de UTI pós-operatório  Não  Sim, motivo \_\_\_\_\_

 Anátomo Patológico  Sim  Não

 Biópsia de Congelação/Patologista em sala  Sim  Não

Laboratório \_\_\_\_\_

Órgão/Produto \_\_\_\_\_

**DADOS CAIXAS, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E/OU MEDICAMENTOS DO HOSPITAL**

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAIXAS /INSTRUMENTAIS  | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| EQUIPAMENTOS           | <input type="checkbox"/> Perfurador Manual <input type="checkbox"/> Perfurador Colibri <input type="checkbox"/> Serra Synthes - nitrogênio<br><input type="checkbox"/> Perfurador Midas <input type="checkbox"/> Cart odontológico <input type="checkbox"/> Raio X odontológico<br><input type="checkbox"/> Arco cirúrgico/Scopia <input type="checkbox"/> Aspirador ultrassônico- SONOCA <input type="checkbox"/> Rack de vídeo<br><input type="checkbox"/> Cistoscópio <input type="checkbox"/> Uterocistoscópio ou cistoscópio de refluxo<br><input type="checkbox"/> Microscópio Zeiss <input type="checkbox"/> Microscópio Oftalmológico DF <input type="checkbox"/> Neuroendoscópio<br><input type="checkbox"/> ECO Transesofágico.<br><input type="checkbox"/> _____ Fornecedor _____ |
| MATERIAIS/MEDICAMENTOS | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

\* Anti-neoplásico preencher formulário específico e medicamento que houver especificidade esta deve ser descrita

**DADOS DE OPME (Órteses Próteses Materiais Especiais) – Se aplicável**

|   | Quantidade | Descrição do material | Fornecedor **<br>(1ª opção) | Fornecedor<br>(2ª opção) | Fornecedor<br>(3ª opção) |
|---|------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 |            |                       |                             |                          |                          |
| 2 |            |                       |                             |                          |                          |
| 3 |            |                       |                             |                          |                          |
| 4 |            |                       |                             |                          |                          |
| 5 |            |                       |                             |                          |                          |
| 6 |            |                       |                             |                          |                          |
| 7 |            |                       |                             |                          |                          |

\*\* se indicado apenas 01 (um) fornecedor é necessário relatório com a justificativa da exclusividade

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

 Testemunha de Jeová  sim  não. Restrição alimentar de cunho religioso  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

 Reserva de hemoderivados  não  sim, especificar \_\_\_\_\_

 Recebeu Vacina nos últimos 20 dias?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

 Alergias  não  sim, especificar \_\_\_\_\_

 Risco de Hipertermia Maligna  Não  Sim – Protocolo reserva de UTI no Pós Operatório.

 Portador de deficiência  não  sim, especificar \_\_\_\_\_

 Necessita de suporte de Oxigênio:  ar ambiente  ventilação mecânica  bipap  outros \_\_\_\_\_

 Utiliza dispositivo (s):  Cânula de traqueostomia  Sonda de gastrostomia  Cateter venoso central  outros \_\_\_\_\_

 Central de Agendamento: Email: [agendamento@sabara.com.br](mailto:agendamento@sabara.com.br) Telefone: + 55 11 2155-9330

WhatsApp 11 974689702

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo