

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone de Contato: _____

Convênio: _____ Plano: _____ Matrícula: _____

E-mail: _____

DADOS PARA AUTORIZAÇÃO

Indicação Clínica: _____

CID: _____

CÓDIGO TUSS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Descrição de OPME (Indicar opções de marca e fornecedores - RN 211 ANS)
--

Qtd	Especificação (Nome, modelo, tamanho, etc.)	FORNECEDOR		
		1ª Opção	2ª Opção	3ª Opção

DADOS PARA AGENDAMENTO

☐ Precaução de Contato ☐ Reserva Ultra ☐ Intensificador ☐ Microscópio

Alergia: ☐ Não ☐ Sim – Qual: _____ **Comorbidades:** ☐ Não ☐ Sim – Qual: _____

Arco em C: ☐ Não ☐ Sim **Set de Vídeo:** ☐ Não ☐ Não

Lateralidade: ☐ Não ☐ Sim - _____ **Nível:** ☐ Cervical ☐ Torácico ☐ Lombar

Outros: _____

Prever Cirurgia Para o Dia: ____/____/____ **Reserva CTI:** ☐ Sim ☐ Não **Previsão de Dias CTI:** _____

Tempo Cirúrgico Estimado: _____ **Reserva de Sangue:** ☐ Não ☐ Sim – **Quantidade de Bolsas:** _____

Prev. Total (Dias de Internação): _____ **Tipo de Acomodação:** ☐ Apartamento ☐ Enfermaria

OBSERVAÇÕES

- Este formulário deve ser totalmente preenchido e entregue a recepção junto com laudo de exames comprobatórios (quando houver). A falta do laudo de exames comprobatórios implicará no atraso do processo de autorização cirúrgica;
- Solicitar cirurgia somente quando o paciente escrever com o laudo dos exames comprobatórios e risco cirúrgico;
- É de responsabilidade do cirurgião a entrega e esclarecimento do Termo de Consentimento e/ou demais termos médicos.

Data da Solicitação: ____/____/____ _____

Carimbo e Assinatura