

## Solicitação de Pré Agendamento Cirúrgico/ Internação

1. Nome do Paciente:	
2. Data de Nascimento:	3. Sexo:   Masc.   Fem.
4. Telefone Paciente:	
5. Convênio:	6. Matrícula:

### Preenchimento pelo setor de Internação ou Unidade de Atendimento

Hospital possui acordo para procedimento padronizado (pacote) para o evento solicitado? Sim não
O paciente encontra-se internado para realização do procedimento solicitado? sim não
O paciente não está internado, mas o procedimento solicitado é decorrente de fratura? sim não

7. Internação: Data Prevista: / / Hora:	8. Procedimento: Data Prevista: / / Hora:
Dias Solicitados:	Dias Solicitados:

9. Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código do(s) Procedimento(s)

10. Discriminar a lateralidade quando houver:	
11. Reserva de Sangue:   sim   não	12. C.T.I. após a cirurgia:   sim   não

13. Justificativa Clínica para internação / Procedimento:

**Anexar todos os laudos de exames que justifiquem a indicação cirúrgica.**

--

14. Discriminação dos Materiais Solicitados:

Item	Marca	Código do Material	Especificação do Material	Valor
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

15. Fornecedor:	16. Telefone:
-----------------	---------------

17. Nome do Médico: \_\_\_\_\_ 18. CPF: \_\_\_\_\_

19. Telefone consultório: \_\_\_\_\_ 20. Celular: \_\_\_\_\_

21. Assinatura / CRM: \_\_\_\_\_ 22. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

23. Carimbo:

**Os campos são de preenchimento obrigatório, a falta de um deles prejudicará a análise.**