



Campo	Informação a ser Preenchida
Dados do Paciente	
Nome Completo	
Telefone	
E-mail	
CPF	
Dados da Cirurgia	
Cirurgia	
Hospital onde a cirurgia será realizada (se já souber)	
Preferência de Pagamento	
Forma de Pagamento Preferida	<input type="checkbox"/> Pagamento à vista (Pixou Transferência Bancária - com 3% de desconto) <input type="checkbox"/> Parcelamento com entrada
Preferência de Parcelamento (se aplicável)	<input type="checkbox"/> Em até 3x (com acréscimo de 5% sobre o valor restante) <input type="checkbox"/> Em até 10x (com acréscimo de 10% sobre o valor restante)
Informações Adicionais (opcional)	
Observações ou Perguntas Específicas	

Campo	Informação a ser Preenchida / Seleccionada
Dados do Orçamento	
ID do Orçamento	
Nome do Paciente	
Cirurgia Orçada	
Valor Total Orçado	R\$
Acompanhamento (Follow-up)	
Data do Último Contato	___/___/___
Meio de Contato	<input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Outro:
Status do Orçamento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Em Negociação <input type="checkbox"/> Aguardando Resposta do Paciente) Pagamento/Agendamento) <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Cirurgia Agendada <input type="checkbox"/> Cirurgia Realizada <input type="checkbox"/> Outro:
Observações do Follow-up	

