



NOME \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ DATA DE  
NASCIMENTO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# CADERNO DA JORNADA DO PACIENTE

## 1. Identificação Completa do Paciente:

- **Nome Completo do Paciente:**
- **ID do Paciente/Orçamento:**
- **Data do Primeiro Contato:**
- **E-mail:**
- **Telefone:**
- **CPF:**
- **Cirurgia Principal de Interesse:**

## 2. Dados Rápidos da Cirurgia (se aplicável):

**Valor Total Orçado:**

**Forma de Pagamento:**

**Hospital:**

**Número de Parcelas:**

**Valor da Entrada:**

## 3. Observações Breves:

\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (Data da cirurgia)

## Dados do Primeiro Contato:

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

## Contato

—

- Telefone ( )
- E-mail ( )
- WhatsApp ( )
- Redes Sociais ( )

## Indicação

- Outro:
- Profissional:

## Motivo:

Data da Consulta: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ . \_ \_

Horário: Local ( ) Clínica ( ) Online ( . )

Status do Agendamento ( ) Confirmado ( ) Reagendado ( ) Cancelado

( ) Não Compareceu

## Observações do Agendamento:

# CONSULTA MÉDICA

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Horário:

Cirurgião:

Procedimento(s) Detalhado(s):

Histórico e Anamnese Resumida:

Queixas Principais:

Discussão da Cirurgia Proposta:

Expectativas do Paciente:

Exames Solicitados (lista):

(. ) Termo de Consentimento Informado (se aplicável)

(. ) Lista de Exames Pré-operatórios

## CONSULTA MÉDICA

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

Horário:

Cirurgião:

Ações Pós-Consulta:

( ) Orientações Pré-operatórias (se aplicável)

( ) Outros:

( ) Orçamento solicitado

(. ) Agendamento de Retorno (se necessário)

# ORÇAMENTO E NEGOCIAÇÃO

Data do Orçamento:

ID do Orçamento:

Procedimento(s) Orçado(s):

Valores (Tabela Fixa de Serviços):

Honorários Cirurgião: R\$

Honorários Anestesista: R\$

Honorários Instrumentador: R\$

Custos Hospitalares Estimados: R\$

Materiais Especiais (próteses, etc.): R\$

SUBTOTAL GERAL: R\$

SUBTOTAL GERAL: R\$



## Detalhamento do Orçamento:

Data do Orçamento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ID do Orçamento:

Procedimento(s) Orçado(s):

SUBTOTAL GERAL: R\$

SUBTOTAL GERAL: R\$

Condições de Pagamento Oferecidas:

( ) À vista (desconto de \_\_ %) - V

( ) Parcelamento (com entrada de \_\_ %)

(total com acréscimo de \_\_ %)

•

( ) Outras condições:

## PAGENDAMENTO E PRÉ-OPERATÓRIO

### Checklist Pré-Operatório:

- ( ) Exames Liberados e Avaliados pelo Cirurgião/Anestesista
  - ( ) Avaliação Pré-Anestésica (APA) realizada
  - ( ) Guia de Internação Autorizada (se aplicável)
  - ( ) Orientações Pré-Operatórias (jejum, medicamentos, etc.) entregues e compreendidas
  - ( ) Confirmação de Agendamento com o Hospital
  - ( ) Confirmação de Agendamento com Equipe Cirúrgica
-

## AGENDAMENTO E PRÉ-OPERATÓRIO

### Confirmação da Cirurgia:

Data da Aceitação do Orçamento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Comprovante de Pagamento da Entrada

( ) Sim ( ) Não (Anexar ou Registrar)

### Dados do Agendamento da Cirurgia:

Data da Cirurgia: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Horário Agendado (Chegada ao Hospital):

Hospital:

### Equipe Cirúrgica Confirmada:

Anestesista:

Instrumentador(a):

Outros Membros (se houver):

## CIRURGIA E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

**Detalhes da Cirurgia:**

Data da Cirurgia: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Horário de Início: \_ \_ : \_ \_

Horário de Término: \_ \_ : \_ \_

Procedimento(s) Realizado(s):

Intercorrências/Observações Durante a Cirurgia:

**Pós-Operatório Hospitalar:**

Data da Alta Hospitalar: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Orientações de Alta Hospitalar ( ) Entregues ( ) Compreendidas

Medicamentos Pós-operatórios Prescritos:

**Agendamento Pós-Operatório:**

Primeira Revisão Pós-Operatória:

\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ (Data) \_ \_ : \_ \_ (Horário)

