

**ANEXO I**

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**COORDENADORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE**

**FATURAMENTO DE CIRURGIAS ELETIVAS (CENTRO CIRÚRGICO)**

1. HOSPITAL DE ATENDIMENTO: : \_\_\_\_\_
2. NOME DA EMPRESA: : \_\_\_\_\_
3. DATA DE REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_
4. EQUIPE MÉDICA: : \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA / NOME DO PACIENTE	GRUPO DO PROCEDIMENTO	MÉDICOS ASSISTENTES	ASSINATURA
1.		1. _____ OPME: 2. _____	1. _____ 2. _____
2.		1. _____ OPME: 2. _____	1. _____ 2. _____
3.		1. _____ OPME: 2. _____	1. _____ 2. _____
4.		1. _____ OPME: 2. _____	1. _____ 2. _____
5.		1. _____ OPME: 2. _____	1. _____ 2. _____

**5. EQUIPE DE ENFERMAGEM**

ENFERMEIRO	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
1.  ASSINATURA	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____

**6. INSUMOS**

( ) SIM ( ) NÃO  
 SE SIM, PARA QUANTAS CIRURGIAS: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA DA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**