

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. _____	1. _____
		2. _____	2. _____
2.		1. _____	1. _____
		2. _____	2. _____
3.		1. _____	1. _____
		2. _____	2. _____
4.		1. _____	1. _____
		2. _____	2. _____
5.		1. _____	1. _____
		2. _____	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