

Nome Completo do Paciente:

Data de nascimento:

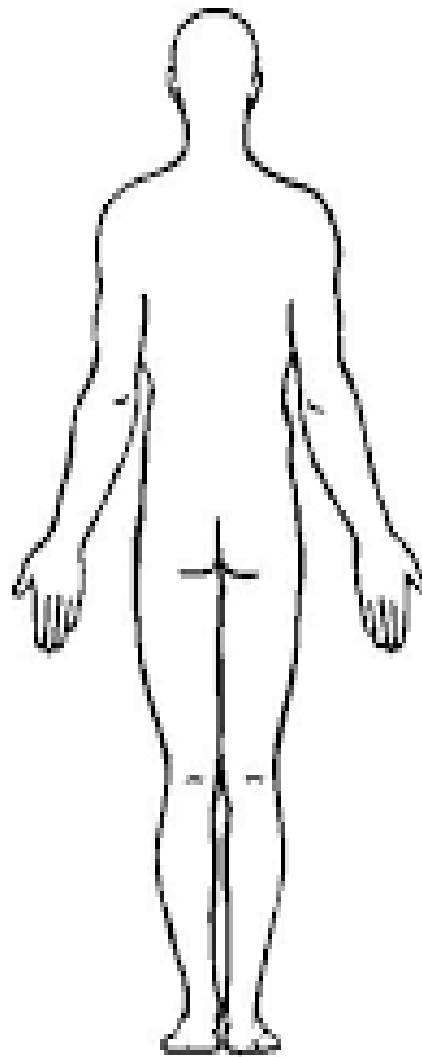
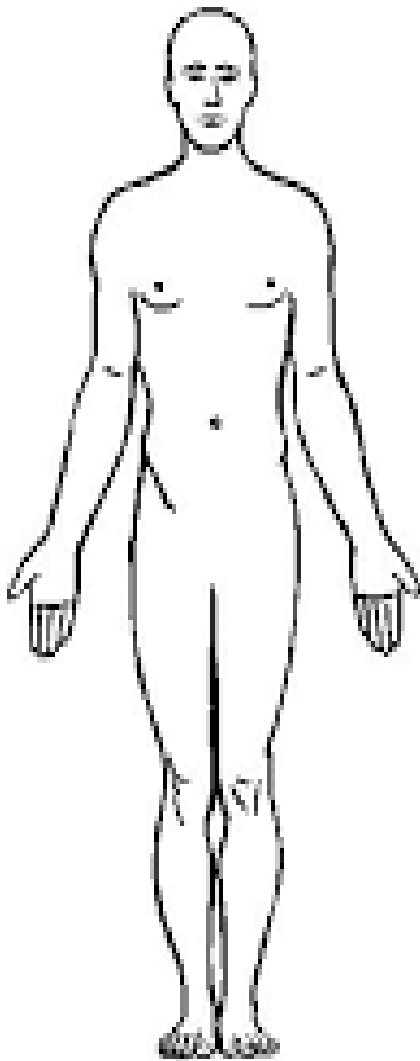
___/___/___

Data do procedimento:

___/___/___

Tipo de Cirurgia:

Demarcação cirúrgica:



Local da Cirurgia: _____

Médico Responsável:

Data:

___/___/___

Assinatura:
