

Nº do procedimento: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Convênio: _____	
Procedência: _____			
Início: _____		Término: _____	

COLE A ETIQUETA AQUI

INFORMAÇÕES DO EXAME REALIZADO	
Exame: _____	
Técnica: _____	Cateter: _____
Médicos: _____	
Técnicos: _____	
Enfermagem: _____	
Fluoroscopia: _____	Dose Total: _____
Obs.: _____	

Nº do procedimento: _____		Data: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Convênio: _____	
Procedência: _____			
Início: _____		Término: _____	

COLE A ETIQUETA AQUI

INFORMAÇÕES DO EXAME REALIZADO	
Exame: _____	
Técnica: _____	Cateter: _____
Médicos: _____	
Técnicos: _____	
Enfermagem: _____	
Fluoroscopia: _____	Dose Total: _____
Obs.: _____	

