

	CHECKLIST DE SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA	Versão 01
---	---	----------------------

Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		
	Sim	Não
Pedido Médico Detalhado		
Procedimento (Código TUSS)		
Exames Complementares		
Relatório Médico Com Ou Sem OPME		
Solicitação De Autorização De Cirurgia Eletiva		
Termo De Consentimento Cirúrgico		
Termo De Consentimento Anestésico		

	CHECKLIST DE SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA	Versão 01
---	---	----------------------

Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		
	Sim	Não
Pedido Médico Detalhado		
Procedimento (Código Tuss)		
Exames Complementares		
Relatório Médico Com Ou Sem Opme		
Solicitação De Autorização De Cirurgia Eletiva		
Termo De Consentimento Cirúrgico		
Termo De Consentimento Anestésico		

	CHECKLIST DE SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA	Versão 01
---	---	----------------------

Nome do Paciente: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		
	Sim	Não
Pedido Médico Detalhado		
Procedimento (Código TUSS)		
Exames Complementares		
Relatório Médico Com Ou Sem OPME		
Solicitação De Autorização De Cirurgia Eletiva		
Termo De Consentimento Cirúrgico		
Termo De Consentimento Anestésico		