

Autorização Especial - Profissional Não Cadastrado

DADOS DO(A) PROFISSIONAL NÃO CADASTRADO

Nome Completo

Nº CPF

Conselho / Nº

Especialidade

Telefone Celular

E-mail

Participação na Cirurgia:

☐ Médico(a) Titular ☐ Assistente ☐ Instrumentador(a) ☐ Médico(a) Clínico(a)
☐ Anestesista (obrigatório formação > a 2 anos na especialidade) ☐ Observador(a)

Tipo de Internação: ☐ Clínica ☐ CirúrgicaCor do Privativo/Scrub: ☐ Cáqui ☐ Verde

Observação / Outros (obrigatório descrever atuação no procedimento)

Assinatura / Carimbo

Data

/ /

DADOS DO(A) MÉDICO(A) TITULAR RESPONSÁVEL

Nome Completo

Conselho Nº

Assinatura / Carimbo

Data

/ /

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome Completo

Data de Nascimento

/ /

Data da cirurgia

/ /

Horário da cirurgia

:

RELACIONAMENTO MÉDICO

Assinatura

Data

/ /

AUTORIZADO POR (DIRETORIA)

Assinatura

Data

/ /

A autorização especial não libera acesso ao Tasy