

Relatório de Anestesia

Nome do Paciente				
Hospital			Cirurgião	
Cirurgia Realizada			Código CBHPM	
Data	Horário Início	Horário Final	Duração da Anestesia	Tipo de Acomodação ENFER. () APTO.. ()
Valor dos Honorários	Houve Auxiliar? Sim () Não ()		Nome do Auxiliar: 2º Auxiliar:	

Nome dos Medicamentos/Materiais ou Anestésicos	Quantidade

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista