



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro  
**Centro de Saúde Benedito Pinto Chagas**  
Rua Francisco de Assis Carneiro da Silva, 560  
Alto Alegre - Quissamã/RJ \* CEP: 28735-000

## AVALIAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA

Declaro para os devidos fins, que o Sr(a) \_\_\_\_\_ será  
submetido(a) ao procedimento \_\_\_\_\_ incorrendo nos  
riscos habituais da Cirurgia / Anestesia.

### *Resumo da História Clínica:*

---

---

---

---

---

### *Exame Físico:*

---

---

---

---

---

### *Exame de Laboratório:*

---

---

---

---

---

### *Risco Grau:*

---

*Atenciosamente,*

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*