



HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 36.292.605/0002-21

Av. Amilcar Pereira da Silva, s/n - Bairro Piteiras - Quissamã - RJ  
Tel.: (22) 2768-9100 / 2768-1192

## FORMULÁRIO PARA ABERTURA DE PRONTUÁRIO CIRÚRGICO

Ano e nº de ordem atual: \_\_\_\_\_

Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Data da Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de Admissão: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

Procedência: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone do Responsável: \_\_\_\_\_ Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_

Peso:\_\_\_\_\_ Altura:\_\_\_\_\_ Pulso:\_\_\_\_\_

Pressão Máx.\_\_\_\_\_ Min.\_\_\_\_\_

Sangue: Tipo\_\_\_\_\_ RH

Índices biológicos Anormais\_\_\_\_\_

História da doença atual:\_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório:\_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo:\_\_\_\_\_

CID:\_\_\_\_\_

Operação:\_\_\_\_\_

Data:\_\_\_\_\_

Duração:\_\_\_\_\_

Técnica operatória:\_\_\_\_\_

OPERADOR\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_

TIPO DE ANESTESIA:\_\_\_\_\_

ANESTESISTA:\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_

Data da Saída\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Hora da Saída\_\_\_\_\_

Estado da Saída\_\_\_\_\_