AHBB REDE SANTA CASA	Título do documento: **CONTROLE DE QUALIDADE MATERIAL ESTERIL**				QA.
Tipo doc. **Impresso**	Emissão:27/10/2023	Revisão: 27/10/2024	Número:	Versão: 01	Página: 1 de 1

Nome:_____Idade:_____Sexo ( ) Fem. ( ) Mas. Quarto:_____

Cirurgião:_____1º Auxiliar:_____Anestesista:_____

OP. Proposta:_____OP. Real:_____

MPA:_____ASA:_____Tempo Anestesia:_____Data_____/_____/_____

| HORA | | | |