



REQUISIÇÃO HABILITAÇÃO EM CIRURGIA ROBÓTICA EM CIRURGIA ONCOLÓGICA DA SBCO

Formulário Adicional para Comprovação do Número Relativo de Cirurgias em
Diferentes Hospitais

(Formulário Individual para cada Hospital)

_____, ____ de _____ de _____

À Comissão de Cirurgia Oncológica Minimamente Invasiva da SBCO:

Certificamos que o Dr. _____,
RQE nº _____, executou os procedimentos listados neste
documento para fins de obtenção de comprovação do processo de certificação em
Cirurgia Robótica Oncológica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica.

RELATÓRIOS DE CIRURGIAS (CONSOLE)

	CIRURGIA REALIZADA	CIRURGIÃO INSTRUTOR RESPONSÁVEL	DATA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Supervisor do Programa de Cirurgia Robótica ou Responsável Técnico