**Registro dos Acessos para Serviços Complementares**

|  |  |
| --- | --- |
| Local: | Data e assinatura  (Médico ou Enfermeiro Responsável) |
| Solicitei acesso de serviço diferenciado para realização de?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Neste setor há rotineiramente, ou houve neste dia, procedimentos geradores de aerossol;  ( ) O profissional de serviço diferenciado precisou ficar a ≤ 2 metros de um caso Covid-19. |