SIA/SUS-RS
SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

16. NÚMERO DO ATENDIMENTO

17. FAMÍLIA PSF: _____

18. MICROÁREA: _____

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: *PREFEITURA MUNICIPAL DE RIOZINHO - PACS*

ENDEREÇO: *AV. GUERINO PANDOLFO, 580*

MUNICÍPIO: *RIOZINHO* UF: *43*

CÓDIGO SIA/SUS: *2227096*

5. CBO

8. CÓDIGO TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS

10. PROFISSIONAL/SETOR	11. DADOS DE EXAME CLÍNICO/TRATAMENTO/ DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	12. ASSIN. E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PROFISSIONAL

OBSERVAÇÕES

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: *RIOZINHO* UF: *RS*

IDADE: _____ SEXO: _____

DATA NASC.: _____

13. DIAGNÓSTICO / CID

15. POLEGAR DIREITO

3. DATA DO ATENDIMENTO

____ / ____ / ____

4. HORA DO ATENDIMENTO

14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL