Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE DONA FRANCISCA
Secretaria Municipal de Saúde
POSTO DE SAÚDE

RETORNO DE CONSULTAS

Nome: _____

Data: ____/____/20____

Hora: _____

SIA/SUS - RS

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

16 - NÚMERO DO ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO

9 - MOTIVO DO ATENDIMENTO:

1 - UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: POSTO DE SAÚDE

ENDEREÇO: Rua 7 de setembro, s/nº

MUNICÍPIO: Dona Francisca UF: RS

CÓDIGO SIA/SUS: 00129950

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

SEXO: _____

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

5-CÓDIGO ESPECIF. ATIVID. PROFIS. (TABELA)	8 - CÓDIGO TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS

10. PROFIS. SETOR	11 - DADOS DE EXAME CLÍNICO / TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	12 - ASS. E CARIMBO DO PROFISS.

6 - TIPO (TABELA 2)

13 - DIAGNÓSTICO / CID

15 - POLEGAR DIREITO

3 - DATA DO ATENDIMENTO ____/____/_____

4 - HORA DO ATENDIMENTO

7 - GRUPO (TABELA 3)

14 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL