SUS Sistema Único de Saúde

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Nome
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Código

Endereço

Localidade
VENTANIA

Estado
P R

CEP
8 4 3 4 5 0 0 0

PACIENTE

Nome

Profissão

Idade

Data de nascimento

Endereço residencial (rua, bairro, telefone e ponto de referência)

Endereço comercial (rua, bairro, telefone e ponto de referência)

Município

Estado

CEP

RESPONSÁVEL QUANDO MENOR

Nome

Data do atendimento

Hora do atendimento

Acidente de trabalho
S N

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICA

Diagnóstico

CID

Procedimentos

Código

Código

Exames complementares

Medicamentos

Encaminhamento

☐ Alta ☐ Internação ☐ P/Amb. do SUS ☐ Óbito

Nome do hospital onde foi encaminhado o paciente

Assinatura do médico ou odontólogo

CARIMBO DO CRM OU CRO

Assinatura do paciente ou acompanhante

Caso não saiba assinar, aplicar o polegar direito →

Instruções:

- Preencha legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.
- assinale com "X" as quadriculas precedidas de números marcando a alternativa.
- São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade convenente ou contratada.
- A declaração falsa e ou fraude sujeita os infratores as sanções dos artigos 171 e ou 299 do código penal.