

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

6. NÚMERO DO ATENDIMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CONTINUADO

9. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: Arroio dos Ratos UF: RS

CÓDIGO SIA/SUS: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

SEXO: _____

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº CARTÃO SUS: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

5. TIPO DE
ATENDI-
MENTO
(TABELA 2)

6. CÓDIGO DA
TABELA DE
PROCEDIMENTO
SIA/SUS

10. DADOS DE EXAMES CLÍNICO/TRATAMENTO/
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS11. DATA DO
ATENDIMENTO12. ASSIN. DO PACIENTE
OU RESPONSÁVEL7. CÓDIGO DA
ESPECIFICAÇÃO
DA ATIVIDADE
PROFISSIONAL

--	--

(TABELA 1)

13. POLEGAR DIREITO

13. POLEGAR DIREITO

13. POLEGAR DIREITO

13. POLEGAR DIREITO

13. POLEGAR DIREITO

3. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

8. GRUPO (TABELA 3)

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ARROIO DOS RATOS
REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES

HOSPITAL

PAM

NOME

PRONTUÁRIO Nº

IDADE

SEXO

M ☐F ☐

COR

B ☐P ☐A ☐

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF.

LEITO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO