



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

 SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MG ATENDIMENTO AMBULATORIAL	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ROTINA	
--	---	--	---

UNIDADE	CÓDIGO - SIA - SUS □ □ □ □ □ □ □ □	DATA HORA	FICHA Nº
---------	---------------------------------------	--------------	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	
ENDEREÇO	CEP
LOCALIDADE	DRS
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

INFORMAÇÃO DO ATENDIMENTO REALIZADO

ANAMNESE - EXAME CLÍNICO - CONDUTA (DESCRIÇÃO SUMÁRIA)	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CID □ □ □ □ □ / □
PROCEDIMENTO	CÓDIGO SIA-SUS □ □ □ □ / □
MATERIAL, MEDICAMENTOS, SADI, UTILIZADOS NO ATENDIMENTO	
OBSERVAÇÃO DA UNIDADE (JUSTIFICAR INDICAÇÃO E INFORMAR NR. DE HORAS)	

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL (MÉDICO OU ODONTÓLOGO)

ASSINATURA E CARIMBO	CRM/CRD
----------------------	---------

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS

ASSINATURA(S)	DATA
---------------	------