

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
----------------------------------	------

### IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PROFISSIONAL
CBO	MÊS/ANO
EQUIPE	FOLHA

### SEQUÊNCIA 1

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO	E-MAIL		
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		E-MAIL		

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

### SEQUÊNCIA 2

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO	E-MAIL		
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		E-MAIL		

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO

### SEQUÊNCIA 3

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	NOME DO PACIENTE					
SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	RAÇA/COR	ETNIA	CEP	CÓD. IBGE MUNICÍPIO
COD LOGRADOURO	ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO	E-MAIL		
BAIRRO	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		E-MAIL		

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTDE.	CNPJ
SERVIÇO	CLASS	CID	CARATER DE ATENDIMENTO
			Nº DA AUTORIZAÇÃO