

### RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

01 NOME: DO(A) PACIENTE		02 TFF N°	
03 ENDEREÇO COMPLETO			
04 UNIDADE ASSISTENCIAL			
05 MUNICÍPIO DE DESTINO		06 DATA	07 HORA
08 TRATAMENTO REALIZADO			
09 CID			
10 NOEM: DO(A) RESPONSÁVEL APELO ATENDIMENTO:			
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL			
11 NECESSITA DE COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO		12 RETORNO:	
<input type="checkbox"/> NESTA UNIDADE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	DATA: / /
		<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> NO ÓRGÃO DE ORIGEM	<input type="checkbox"/> SIM	JUSTIFICAR O RETORNO:	
		<input type="checkbox"/> NÃO	
13 ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL		<b>SUS</b> 	