

FOLHA ANEXO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

| | |
|----------------------------------|------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNEB |
|----------------------------------|------|

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------|-------|
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PROFISSIONAL | | |
| CBO | MES/ANO | EQUIPE | FOLHA |

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------------|-------------|-------|-----|---------------------|
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE | | | | | |
| SEXO Masc. Fem. | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO |
| COD. LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO | | | |
| 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. Fem. | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO |
| COD. LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO | | | |
| 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. Fem. | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO |
| COD. LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO | | | |
| 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 |

| | | | |
|--|---------|---------------------------------------|---------|
| RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CARIMBO | RUBRICA | GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL CARIMBO | RUBRICA |
| DATA | | DATA | |