

SIA / SUS  
PELOTAS - RS  
FICHA DE ATENDIMENTO  
AMBULATORIAL

NÚMERO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO DE UNIDADE: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F)  
CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

TIPO: (1) URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (2) PRIMEIRA CONSULTA  
(3) RETORNO (4) URGÊNCIA/EMER.REFERENCIADA (6)VACINAÇÃO ROTINA  
(8) VACINAÇÃO CAMPANHA (1) CONSULTA REFERENCIADA

GRUPO:

FAIXA ETÁRIA:

ATIVI. PROFISSIONAL

PROCEDIMENTO

ASS / CARIMBO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

CID

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICO

(1) SIM (2) NÃO

ENCAMINHAMENTO

(1) ALTA AMB.

(2) RETORNO A MESMA U.S

(3) EXAMES

(4) AMB ESPECIAL

(5) HOSPITAL

(6) P. SOCORRO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR

\_\_\_\_\_

TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL  
 DATA: \_\_\_\_\_  
 NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F) \_\_\_\_\_  
 CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 TIPO: (1) URGÊNCIA EMERGÊNCIA (2) PRIMEIRA CONSULTA  
 (3) RETORNO (4) URGÊNCIA EMER REFERENCIADA (5) VACINAÇÃO ROTINA  
 (6) VACINAÇÃO CAMPANHA (7) CONSULTA REFERENCIADA  
 GRUPO: \_\_\_\_\_ FAIXA ETÁRIA: \_\_\_\_\_  
 ATIV. PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 ASS. CARIMBO: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO  
 CID: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	ASSINATURA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(O PACIENTE DEVERÁ ASSINAR AO LADO DE CADA PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO)