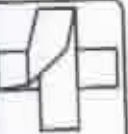


21 cm

15 cm



SIA/SUS-RS
SISTEMA DE INFORMAÇÕES
AMBULATORIAIS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. LINGUAGEM PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA ENTIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CÓDIGO SAÚDE: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

SEXO: _____

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

BARRIO: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

3. DATA DO ATENDIMENTO

____/____/____

4. HORA DO ATENDIMENTO

____:____

10. NÚMERO DO ATENDIMENTO

5. CÓDIGO ESPECIAL ATEND. PRINCIPAL (TABELA 11)

6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SAÚDE

11. TRATAMENTO / RESERVAÇÃO DE PROCEDIMENTO

12. ASSIN. E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

13. DIAGNÓSTICO / CIE

14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

15. POU EMPARTAMENTO
