





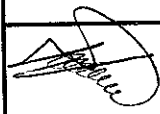


16. Número Atendimento  
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 9. Motivo do Atendimento  
*Adoção*

1. Unid. Prestadora de Atendimento  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)  
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS  
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

10. Profiss-ional / Setor  
*P.S*  
 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos  
*no adviciário*  
 12. Ass. e Câmbio do Profissional  


2. Identificação do Paciente  
 Nome: *Yone de Souza*  
 Sexo: *F*  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
 Endereço: *r. 15 de junho*  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: *CH* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)  
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 7. Grupo (Tabela 3)  
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

13. Diagnóstico / Cid  
*HA - BIA - Condução - exames*  
 14. Ass. do Paciente ou Responsável  
*Yone de Souza*  
 15. Pol. dir.  
 \_\_\_\_\_







**Profetura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

9. Motivo do Atendimento

*União Anvisa - Convênio*

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

3065073958349  
 21555  
 2000667821220  
 21953

A.G. no domicílio  
 B1  
 com remédios, e  
 9100 - remédios  
 data coleta: 26/12/2018

2. Identificação do Paciente

Nome: *Neoli K. Reis*

Sexo: *F* 700401315106850

Idade: *47.03* 61

Faixa Etária: *7. Redenit 24*

Endereço: *Boleiros 184*

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

*Exente o trabalho devido ao prazo de entrega de material até fazer o atendimento no período de 26/12/2018*

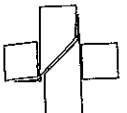
*Neoli K. Reis*

\_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento *11/11/2018*

4. Hora do Atendimento





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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Levi Henrique

Sexo: F

Idade: 10 - 14 - 54

Faixa Etária: Adolescente

Endereço: Alameda Carlos

Bairro: Chiapetta

Município: Chiapetta UF: RS

3. Data do Atendimento 19/12/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Paciente

5. Código Específ.

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

Atendimento em

D. C. S. no decorrer

Lois P. Fingor

At. F. B. A.

Trabalho

de

atendimento

de

atendimento

de

atendimento

de

atendimento

de

atendimento

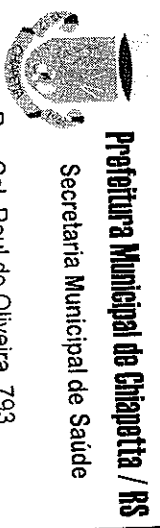
13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Francine Martins  
 Sobrenome: Francine  
 Sexo: 21 anos 12.7.87  
 Idade: 200004815380  
 Faixa Etária: 104  
 Endereço: R. C. 3041, 3041

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 4. Hora do Atendimento

9 / 11 / 08

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Previsão (Unido) GES

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS


10. Profissional / Setor

A.GS no Ambulatório

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

GES - consultas  
orientações: Fazer pré-avaliação

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Medicamento:  
antibiótico para não  
ser usado neste momento, pois  
o paciente foi orientado  
a não usar antibiótico sem orientação  
do médico com o presc.

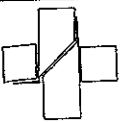
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável  
GILVANA



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Wair Rich

Sexo: F Idade: 19-10-51

Faixa Etária: 2. Ad. J. Menor

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: RS

Município: Chiapetta

3. Data do Atendimento 12.11.88 4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

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

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

visão desviada

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

A-05

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no consultório  
PU SÊNTE

12. Ass. e Carimbo do Profissional

[Assinatura]

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

7010058/522092

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.



**Prefeitura Municipal de Chapetita / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: *Luiza Padilha*

Sexo: *M*

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endergo: *Perno Seco*

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: *CH* UF: *RS*

3. Data do Atendimento: *10/12/2018*

4. Hora do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Profis- sional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
<i>A-05</i>	<i>NOU N desatona no domicilio dixei um bilhet</i>	

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Albi Nicke

Sexo: M

Idade: 20/12/46.

Faixa Etária:

Endereço: AV. Espanha

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: RS

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: 22/11/18

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Atividade de Pacientes

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)

10. Profs. Sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

Alb no adv. cils

705802420460035

20/12/46 - HA M.

700102945208190

26/16/22. F. de Saúde

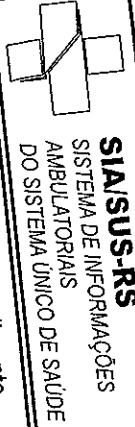
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável



**SIA/SUS-RS**  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
AMBULATORIAIS  
DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Naldi Nolz

Sexo: F 17-03-64

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: A. Imo Schwaibler

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: RS

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

10.12.08

4. Hora do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Tomilión

16. Número Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

14. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Caringo do Profissional

A.16 no observatório

Naldi Nolz.

4-05-55 este vem coloro fone made.

Naldi Nolz - RA: 1418

Algodond.

13. Diagnostico / Cid

15. Pol. dir.

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Wally & Silva

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Adelina Grande

Sexo: M

Idade: 31/11/28

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

16.11.2011

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Prisei comichões

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

701 3005840483 770

M 31/11/28

702 3051495302 10

703 322771412

Ausente

Prisei com  
comichões

Prisei

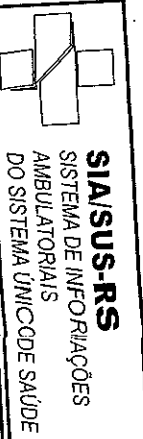
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA- RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Jose M. Juvenon

Sexo: F

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: 13. José Gabriel

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

11/12/08

4. Hora do Atendimento

\_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

no familiar

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profiss- sional / Setor

12. Ass. e Contínio do Profissional

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. do

Roseli Juvenon

\_\_\_\_\_

ACS não se encontra  
 realizando no domicílio  
 Atendi em biblioteca  
 Roseli Juvenon  
 Fernando Juvenon  
 Telmo Juvenon

\_\_\_\_\_



**SIASUS-RS**  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
AMBULATORIAIS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: **Delia Soares**

Sexo: **F** (Br) - **1933**

Idade: **10-6-1933**

Faixa Etária: **7-9-1-3**

Endereço: **R. A. V. Silva**

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: **RS**

Município: **Chiapetta**

3. Data do Atendimento \_\_\_\_\_ 4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--

9. Motivo do Atendimento

**Atividade preventiva**

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. Aliv. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profiss-sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

**A. 13** no atendimento

**708107605980890**

**Coloca que este tem o serviço - tem a indicação nos AT - dormir nos tem os ps nichos com o caso em anexo**

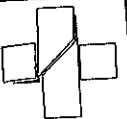
6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dif.



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde

Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Charice Candice Sohn

Sexo: F

Idade: 15-08-65

Faixa Etária: 19-20 anos

Endereço: 19 - Teramo São Paulo

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 11.12.08

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Quilôas

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissio- sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Handwritten notes in a grid format, including names like "Sohn" and "Fantes" and numbers like "11", "12", "13", "14", "15", "16", "17", "18", "19", "20", "21", "22", "23", "24", "25", "26", "27", "28", "29", "30".

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Charice C. Sohn

15. Pol. dif.

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Sebastião Salgado

Sexo: M Idade: 77-14-53

Faixa Etária: Maiores de 70 anos

Endereço: Manoel

Bairro: C17 UF: RS

Município: Chiapetta

3. Data do Atendimento: 23.10.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Motivo do Atendimento

doença

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

ACS no observatório  
Cooper de Chiapetta  
União comunitária  
703002817235370  
Manoel  
Manoel

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

5288 do SIA/SUS

15. Pol. dir.



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Jaqueline EC de Souza

Sexo: F

Idade: 30-04/1983

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Tenente Schenker

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

20/10/07

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

resposta do paciente

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profis-sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Preventivo

MAINTENÇÃO

Preventivo

Preventivo

Preventivo

Preventivo

Preventivo

Preventivo

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pdv/dtr.

AS no consultório

7:30

7:30 a 2:15:00

70420827384088

Lig: Respeito

Preventivo

14. Ass. do Paciente ou Responsável

MARIA GOSLAVIA



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Alano Corvo

Sexo: M

Idade: 07/10/2012

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Venno Schubert

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 26/10/08

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento  
 \_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Pré-natal

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

27

AC no desenvolvimento da gravidez

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

\_\_\_\_\_

Pré-natal

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. difr.

14. Ass. do Paciente ou Responsável  
MAIARA GORGANI

P0000677 2021102

Pré-natal

Algodão - 50mg.

3mg/quit 2.1500

lemba hi ude

budefonido : 32 m

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Jucileo do Amaral  
FORTES

Sexo: F

Idade: 7-7-63

Faixa Etária: 3. JUBILADO

Endereço: no 280

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: RS

Município: CXZ

3. Data do Atendimento 30/10/2018

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

|||||

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Medic. familiar

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profiss. Sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

01 50 76 08 96  
50 80

AG no domicilio  
depreensão física  
para área judicial

00 04 22 03 92 70

Agenda 99582574

00 04 22 03 92 70

Pa: 63  
H: 152  
Volta

00 04 22 03 92 70

nos recebe mas  
o de fiz o se. sane

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Rai. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável  
Ass. da Mãe

  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Sueli de Siqueira Rodrigues

Sexo: F Idade: 29/106/72

Faixa Etária: 3 - Jovem adulto  
 Endereço: 156

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: 25/10/08 4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

remédio

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Prescrição  
Prescrição  
Prescrição

A. G. S  
Recebe mais medicação  
em novos 8 meses  
P: 65kg  
É: 1,53  
70g  
003884485510  
Antônio L. Rodrigues de Lima  
8488766865  
88.00

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico CID

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Sueli Rodrigues

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Clarice Zohn*

Sexo: *F* - *13-07-65*

Idade: *13-07-65*

Faixa Etária:

Endereço: *R. Volante km 300*

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: *R*

Município: *Chiapetta*

3. Data do Atendimento *28/10/07* 4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

9. Motivo do Atendimento

*Dannição*

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. ANV. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS
<i>100</i>	<i>100</i>
<i>101</i>	<i>101</i>
<i>102</i>	<i>102</i>
<i>103</i>	<i>103</i>
<i>104</i>	<i>104</i>
<i>105</i>	<i>105</i>
<i>106</i>	<i>106</i>
<i>107</i>	<i>107</i>
<i>108</i>	<i>108</i>
<i>109</i>	<i>109</i>
<i>110</i>	<i>110</i>
<i>111</i>	<i>111</i>
<i>112</i>	<i>112</i>
<i>113</i>	<i>113</i>
<i>114</i>	<i>114</i>
<i>115</i>	<i>115</i>
<i>116</i>	<i>116</i>
<i>117</i>	<i>117</i>
<i>118</i>	<i>118</i>
<i>119</i>	<i>119</i>
<i>120</i>	<i>120</i>
<i>121</i>	<i>121</i>
<i>122</i>	<i>122</i>
<i>123</i>	<i>123</i>
<i>124</i>	<i>124</i>
<i>125</i>	<i>125</i>
<i>126</i>	<i>126</i>
<i>127</i>	<i>127</i>
<i>128</i>	<i>128</i>
<i>129</i>	<i>129</i>
<i>130</i>	<i>130</i>
<i>131</i>	<i>131</i>
<i>132</i>	<i>132</i>
<i>133</i>	<i>133</i>
<i>134</i>	<i>134</i>
<i>135</i>	<i>135</i>
<i>136</i>	<i>136</i>
<i>137</i>	<i>137</i>
<i>138</i>	<i>138</i>
<i>139</i>	<i>139</i>
<i>140</i>	<i>140</i>
<i>141</i>	<i>141</i>
<i>142</i>	<i>142</i>
<i>143</i>	<i>143</i>
<i>144</i>	<i>144</i>
<i>145</i>	<i>145</i>
<i>146</i>	<i>146</i>
<i>147</i>	<i>147</i>
<i>148</i>	<i>148</i>
<i>149</i>	<i>149</i>
<i>150</i>	<i>150</i>
<i>151</i>	<i>151</i>
<i>152</i>	<i>152</i>
<i>153</i>	<i>153</i>
<i>154</i>	<i>154</i>
<i>155</i>	<i>155</i>
<i>156</i>	<i>156</i>
<i>157</i>	<i>157</i>
<i>158</i>	<i>158</i>
<i>159</i>	<i>159</i>
<i>160</i>	<i>160</i>
<i>161</i>	<i>161</i>
<i>162</i>	<i>162</i>
<i>163</i>	<i>163</i>
<i>164</i>	<i>164</i>
<i>165</i>	<i>165</i>
<i>166</i>	<i>166</i>
<i>167</i>	<i>167</i>
<i>168</i>	<i>168</i>
<i>169</i>	<i>169</i>
<i>170</i>	<i>170</i>
<i>171</i>	<i>171</i>
<i>172</i>	<i>172</i>
<i>173</i>	<i>173</i>
<i>174</i>	<i>174</i>
<i>175</i>	<i>175</i>
<i>176</i>	<i>176</i>
<i>177</i>	<i>177</i>
<i>178</i>	<i>178</i>
<i>179</i>	<i>179</i>
<i>180</i>	<i>180</i>
<i>181</i>	<i>181</i>
<i>182</i>	<i>182</i>
<i>183</i>	<i>183</i>
<i>184</i>	<i>184</i>
<i>185</i>	<i>185</i>
<i>186</i>	<i>186</i>
<i>187</i>	<i>187</i>
<i>188</i>	<i>188</i>
<i>189</i>	<i>189</i>
<i>190</i>	<i>190</i>
<i>191</i>	<i>191</i>
<i>192</i>	<i>192</i>
<i>193</i>	<i>193</i>
<i>194</i>	<i>194</i>
<i>195</i>	<i>195</i>
<i>196</i>	<i>196</i>
<i>197</i>	<i>197</i>
<i>198</i>	<i>198</i>
<i>199</i>	<i>199</i>
<i>200</i>	<i>200</i>

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

10. Profissional Setor

*ACS*

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

*no serviço de ACS  
 com maquiagem  
 com laço de cabelo  
 E: 1.05 - Função total.  
 receber 244,00.  
 medicamento -  
 EDUARD*

12. Ass. e Carimbo do Profissional

13. Diagnóstico / Cid

*700 - 806072967187  
 800 9, 11, 2008  
 P: 42 mg. 244,00.  
 E: 5.20. 244,00.  
 T 44.*

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Clarice Zohn*

16. Pol. dir.











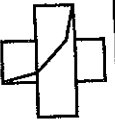










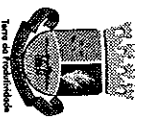


**SIA/SUS-RS**  
 SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
 AMBULATORIAIS  
 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**

Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS



Terra de Produtividade

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

5. Código  
 Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

10. Profiss-  
 sional /  
 Setor

11. Tratamento Descrição  
 dos Procedimentos

12. Ass. e  
 Cargo do  
 Profissional

2. Identificação do Paciente

Nome: Maria do Carmo

Sexo: F

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: 75 anos

Endereço: Camargo

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: RS

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

16/01/09

4. Hora do Atendimento

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / CID \_\_\_\_\_

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. difr.

A-5 no domicílio  
nos locais vizinhos  
dormir em balcão  
não pode ser o próprio  
fechado durante

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

1. Unid. Prestadora de Atendimento  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

2. Identificação do Paciente  
 Nome: Silvano Bartelme  
 Sexo: M  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: 20 a 30 anos  
 Endereço: Rua Nova 150  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: RS

3. Data do Atendimento 15/01/19

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
			<u>A.O. no bairrinho</u>	
			<u>mês háris</u>	
			<u>ninguém, bilhete</u>	
			<u>deixei um bilhete</u>	
			<u>deste no pólio</u>	
			<u>sempre</u>	

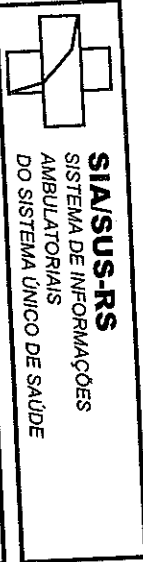
6. Tipo (Tabela 2) \_\_\_\_\_

7. Grupo (Tabela 3) \_\_\_\_\_

13. Diagnóstico / Cid \_\_\_\_\_

14. Ass. do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

15. Pol. dir. \_\_\_\_\_



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Roberto Boldes

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: Paralelo Suave

Endereço: Karanda

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 15/01/19

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A.C. Maida da  
Abreu.

15b.1

[Assinatura]

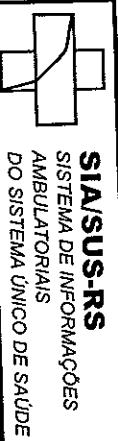
6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.



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

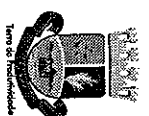
16. Número Atendimento

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

*Atenução*

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

2. Identificação do Paciente

Nome: *Robe Salgado*

Sexo: *F*

Idade: *29-01-50*

Faixa Etária: *R. 1000 21-20th.*

Endereço: *R. 1000 21-20th.*

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: *54* UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 4. Hora do Atendimento

*20, 02, 19*

7. Grupo (Tabela 3)

6. Tipo (Tabela 2)

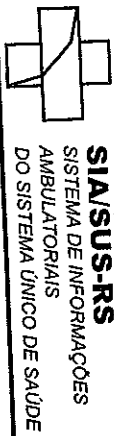
13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Romo Isabel dos Santos Talsanda*

*A.C.B no domicilio*  
- *Fisioterapia*  
- *acupuntura*  
- *chiropraxia*  
- *massagem*  
- *exercícios*  
*exercícios. ginecologia*  
- *massagem*  
*listra e orientações*  
*durante no período*



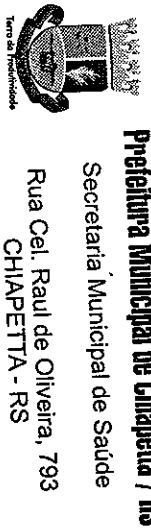
**SIA/SUS-RS**  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
AMBULATORIAIS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

5. Código  
Especif.  
Ativ.  
Profis.  
(Tabela 1)

8. Código da Tabela de  
Procedimento  
SIA/SUS

10. Profis-  
sional /  
Setor

11. Tratamento Descrição  
dos Procedimentos

12. Ass. e  
Carimbo do  
Profissional

2. Identificação do Paciente

Nome: Levíscio Daniel Loren

Sexo: F

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: 12-17 anos

Endereço: Rua Santa Catarina, 123

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: Chiapetta UF: RS

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

Ass não houve  
ninguém no consultório  
obs: em um bilhete  
deixado no portão  
mensagem

10/02/18

16. Número Atendimento  
 \_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 9. Motivo do Atendimento


1. Unid. Prestadora de Atendimento  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)  
 \_\_\_\_\_

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS  
 \_\_\_\_\_

10. Profissional / Setor  
**Ass não temia**

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos  
**Ass não temia no domicílio  
 de seu filho. Obter o diagnóstico  
 para o filho**

12. Ass. e Carimbo do Profissional  


2. Identificação do Paciente  
 Nome: **Andréia Roth**  
 Sexo: **F**  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: **3**  
 Endereço: **Rua do Brasil**  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: **11/02/19**

4. Hora do Atendimento: \_\_\_\_\_

6. Tipo (Tabela 2)  
 \_\_\_\_\_

7. Grupo (Tabela 3)  
 \_\_\_\_\_

13. Diagnóstico / Cid  
 \_\_\_\_\_

14. Ass. do Paciente ou Responsável  
 \_\_\_\_\_

15. Pol. dir.  
 \_\_\_\_\_

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

1. Unid. Prestadora de Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

2. Identificação do Paciente

Nome: Rauli Serlimy

Sexo: M

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: R. Adulto

Endereço: Trilha no 133

Bairro: \_\_\_\_\_ UF: RS

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

A.G. no ouvido  
no ouvido nenhum  
dores em bilhete  
no cr. do ouvido  
na cabeça.

3. Data do Atendimento 11.01.19

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento  
 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 9. Motivo do Atendimento

1. Unid. Prestadora de Atendimento  
**Prefeitura Municipal de Chiapeta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Rauli de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

2. Identificação do Paciente  
 Nome: Elvira Borlago  
 Sexo: F  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: 6. 10 a 14 anos  
 Endereço: R. José Carlos Borlago  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: CHI UF: RS

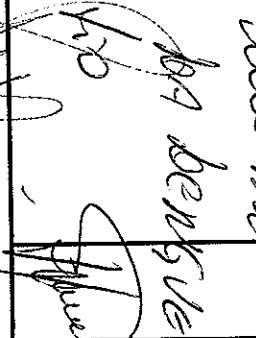
3. Data do Atendimento 11/02/2018  
 4. Hora do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

6. Tipo (Tabela 2)  
 7. Grupo (Tabela 3)

10. Profiss-ional / Setor  
Ass não habido

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos  
menor no domicílio deixei um bilhete visita por telefone no 30 dia

12. Ass. e Carimbo do Profissional  


13. Diagnóstico / Cid  
 14. Ass. do Paciente ou Responsável  
 15. Pol. dir.





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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chuquetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHI/APETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: *Bel SOARES*  
Sexo: *F*  
Idade: *20-1-52*  
Faixa Etária: *B. Adultos*  
Endereço: *R. 2000*  
Bairro: \_\_\_\_\_ UF: *RS*  
Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

*15.01.19*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Motivo do Atendimento

*doença*

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Profissional / Setor

*AS*

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

*no domicilio*

12. Ass. e Carimbo do Profissional

*[Assinatura]*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Exames ...*  
*dr. Sunita reumatismo*  
*exames...*  
*ampliar...*  
*paciente com diabetes*  
*div. + HA. art. art.*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

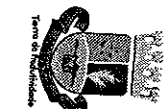
14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Bel Soares Soares*



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Vinício de Curió  
 Sexo: CHIAPETTA  
 Idade: 1  
 Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Travessa Bunt  
Itamarã. 023  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

13/01/19

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Respires

5. Código

Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS


10. Profiss- sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A-ES União da Saúde  
no pólio e  
Respires

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Valéria A. P. dos Santos

15. Pol. dir.

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

Amilica

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Adriana A. Padilla dos Santos

Sexo: F

Idade: 13-08-79

Faixa Etária: Gravoso Smts

Endereço: Gravoso Smts

Bairro: Novo

Município: C. H. UF: RS

3. Data do Atendimento: 17.12.08

4. Hora do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

<u>10-12-2011</u>	<u>Gravoso Smts</u>	<u>Gravoso Smts</u>	<u>13-08-79</u>	<u>Gravoso Smts</u>	<u>Novo</u>	<u>C. H.</u>	<u>RS</u>
-------------------	---------------------	---------------------	-----------------	---------------------	-------------	--------------	-----------

6. Tipo (Tabela 2)

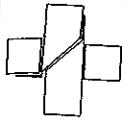
13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Adriana A. P. Santos

*(Signature)*



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Carlieli Dan

Sexo: F

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Virli-habato

Bairro: Trindade

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

18.12.018

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

Família

5. Código Especif. Atv. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~\_\_\_\_\_~~

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass e Carimbo do Profissional

A.G

não se encontrou no domicílio

[Assinatura]

deixei um diário de observações

muco

carlieli

24/02/20

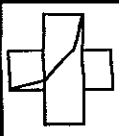
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável



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

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

16. Número Atendimento  
| | | | | | | | | | | | | | | |

9. Motivo do Atendimento  
*Pânico*

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)


10. País-Global / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

2. Identificação do Paciente

Nome: *Luís Roberto Farinatti*  
Sexo: *F*  
Idade: *79 - 09-13*  
Faixa Etária: *73. Terceira Idade*  
Endereço: *com m. reitor*  
Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_


6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / CID-10

*ansiedade - transtorno de pânico*

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Luís Roberto Farinatti*

15. Pol. M.F.

3. Data do Atendimento

*11/02/19*

4. Hora do Atendimento



1. Unid. Prestadora de Atendimento  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS  
 Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente  
 Nome: **Jonata 10 Bom**  
 Sexo: **M.**  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
 Endereço: **Rua W. L. Huber**  
 Bairro: **Yábara** Nº **185**  
 Município: **CHI** UF: **RS**  
 3. Data do Atendimento **11.02.13** 4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento  
 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Tipo (Tabela 2)  
 7. Grupo (Tabela 3)

10. Profis-  
sional /  
Setor

11. Tratamento Descrição

12. Ass. e  
Carimbo do  
Profissional

*ACS não foi realizada  
no domicílio.  
Problema foi o dia dele  
disseri um bilhete  
levar no peito  
doença*

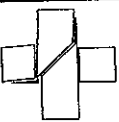
13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

18. Pol. dir.







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

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Dani Caroline Batista*

Sexo: *M*

Idade: *29* *12* *32*

Faixa Etária: *13* *14* *15* *16* *17* *18* *19* *20* *21* *22* *23* *24* *25* *26* *27* *28* *29* *30* *31* *32* *33* *34* *35* *36* *37* *38* *39* *40* *41* *42* *43* *44* *45* *46* *47* *48* *49* *50* *51* *52* *53* *54* *55* *56* *57* *58* *59* *60* *61* *62* *63* *64* *65* *66* *67* *68* *69* *70* *71* *72* *73* *74* *75* *76* *77* *78* *79* *80* *81* *82* *83* *84* *85* *86* *87* *88* *89* *90*

Endereço: *Av. S. Agostinho*

Bairro: *Centro*

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

3. Data do Atendimento: *9, 14, 08*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

*idade. Visão de retenção*

10. Profiss-sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass e Carimbo do Profissional

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profiss-sional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass e Carimbo do Profissional
		<i>ps</i>	<i>psicoterapia</i>	
		<i>704603 + 10298330</i>	<i>Atendimento psíquico para a mãe do paciente.</i>	
		<i>704603 + 10298330</i>	<i>Atendimento psíquico para o filho do paciente.</i>	
		<i>704603 + 10298330</i>	<i>Atendimento psíquico para o pai do paciente.</i>	
		<i>704603 + 10298330</i>	<i>Atendimento psíquico para a avó do paciente.</i>	

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Pol. dir.

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Ass. do paciente responsável*

*Ass. do paciente responsável*



16. Número Atendimento

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

*Parque*

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: *Tommaso Baldin*

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: *70 anos*

Endereço: *Rua dos Formais*

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

3. Data do Atendimento

*13.01.18*

4. Hora do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profiss- sional / Setor

*A. 6*

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

*Visite Sangue*

12. Ass. e Carimbo do Profissional

*[Assinatura]*

6. Tipo (Tabela 2)

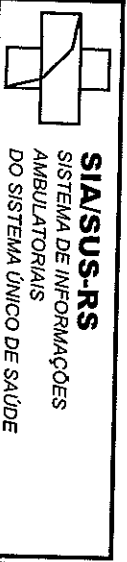
7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

*136.1*



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


16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

1. Unid. Prestadora de Atendimento

  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS  
Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: *Glaura M. Mendes*  
Sexo: *M*  
Idade: *7-7-2000*  
Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
Endereço: *R. Adalberto Soares*  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

*10.01.19*

4. Hora do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

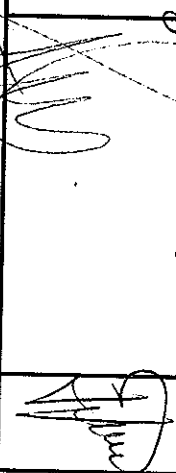

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

10. Profiss. Sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

*A.ES*      *exercício*  
*local. Of. cive*  
*Vivio atendido*  
*delegado no posto*  


13. Diagnóstico CID

14. Ass. do Paciente ou Responsável  
*Zilzuma Moraes*

15. Pol. dir.

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

1. Unid. Prestadora de Atendimento

2. Identificação do Paciente  
 Nome: Elvis 2013  
 Sexo: M  
 Idade: 51/06/54  
 Faixa Etária: 3  
 Endereço: 3/15 Obg. unibho  
 Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: 10.01.19

4. Hora do Atendimento: \_\_\_\_\_

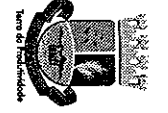
16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento  
Amarelão

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS	10. Profiss- sional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>A.G</u>	<u>no devicida</u>	
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>_____</u>	<u>Quilho me (notas de quando em 12/01/2019) segue receitas para tratamento materno</u>	<u>_____</u>
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>_____</u>	<u>na - com os</u>	
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>_____</u>	<u>prati comentes</u>	
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>_____</u>	<u>se tem e sur</u>	
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>_____</u>	<u>surte cardiologias</u>	
<del>_____</del>	<del>_____</del>	<u>_____</u>	<u>na de no poki e</u>	<u>_____</u>
6. Tipo (Tabela 2)				
7. Grupo (Tabela 3)				
13. Diagnóstico <u>Amarelão</u>				
14. Ass. do Paciente ou Responsável <u>Flávia Razz</u>				



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Adriano Justina

Sexo: M

Idade: 14 Anos

Faixa Etária: 7-13 de dezembro

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

18.01.19

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

doença

5. Código Específ. Ativ. Profis. (Tabela 1)

10. Profiss. Sinal / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

5. Código Específ. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

A-5 no domicílio  
interrogar os familiares. não se sentiu bem: vomitou em casa com dor de cabeça; Biópsia

6. Tipo (Tabela 2)

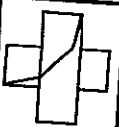
13. Diagnóstico / Cid

15. Poi. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

presença da SIA



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

16. Número Atendimento

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: *Fátima M. Souza*

Sexo: *F*

Idade: *10-3-76*

Faixa Etária: *3-14 anos*

Endereço: *R. PROGRESSO 8. Chiapetta*

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: *Chiapetta*

UF: *RS*

Data do Atendimento: *14.01.19*

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Juliana*

15. Pol. dir. \_\_\_\_\_

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

10. Profissional / Setor: *A.CS*

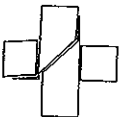
11. Tratamento Descrição dos Procedimentos: *no domicílio*

12. Ass. e Cartão do Profissional: \_\_\_\_\_

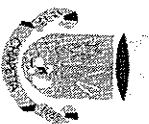
13. Diagnóstico / Cid: *Existe orientação de sangue. Oito colares de sementes de leite*







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



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Opheva Prof. Maria

Sexo: F

Idade: 18.2.46.

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: R. XV. J. Vargas

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: CB UF: RS

3. Data do Atendimento 16.08.08

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

União Opheva Maria

5. Código

Especif. (Tabela 1)

Ativ. Profis.

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profis-sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

PO150001075840

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

08.

13. Diagnóstico / Cid A65.1 - Diabetes mell. dependente

14. Ass. do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

15. Pol. dir. \_\_\_\_\_

A.65 no diagnóstico  
51 no diagnóstico Grupo comunitário.  
108.

Ata: 13/  
b. A = 100  
Faz consulta por dia.  
Caro. de op. no. da. Grupo  
no. tem pris. indicados.  
op. me. tem. os. indicados  
ref. de. grupo. os. indicados  
op. me. de. grupo. os. indicados



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS:

Identificação do Paciente

Nome: *Monica R. de Medeiros*

Sexo: *F*

Idade: *13. 08. 92*

Faixa Etária:

Endereço: *R. Indústria*

Bairro: *Solário*

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: *20. 12. 08* 4. Hora do Atendimento:

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

*Amelhor*

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)  
 8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS


10. Profiss-sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

*As no demérito*

*Passo claro de*

*Oléirino - 26-3-85.*

*Monica Regina de*

*Medicina - 13-8-90*

*- programa de medidas*

*de controle - 15-7-2008*

*tratamento infecto*

*Erício. em dia*

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / CID

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Por dir.

*Monica R. de Medeiros*



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Roberto Gregório

Sexo: F

Idade: 9.3.1934

Faixa Etária: Av. Jovens

Endereço: Av. Jovens

Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: C. H UF: RS

3. Data do Atendimento

6.12.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

União de Saúde

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

<u>200</u>	<u>402438433249</u>	<u>At.15</u>	<u>no domicílio</u>	
<u>21</u>	<u>813250444</u>	<u>espe</u>	<u>reaparecimento</u>	
<u>203</u>	<u>60607873738</u>	<u>103</u>	<u>fisioterapia</u>	
<u>21</u>	<u>811106611</u>	<u>103</u>	<u>es med. causal</u>	
<u>203</u>	<u>605250682436</u>	<u>103</u>	<u>reabilitação de membros superiores</u>	
<u>21</u>	<u>811106611</u>	<u>103</u>	<u>reabilitação de membros inferiores</u>	

6. Tipo (Tabela 2)

1

13. Diagnóstico / Cid

S20.0

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

9

14. Ass. do Paciente ou Responsável

9

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Rauli de Oliveira, 793  
 CHAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Zenildo de Quadros de Jesus

Sexo: M

Idade: 77.12.1946

Faixa Etária: 7

Endereço: Rua Frei Gabriel

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: CH UF: RS

3. Data do Atendimento 26/12/2018

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento


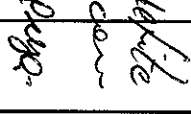
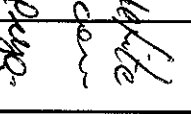

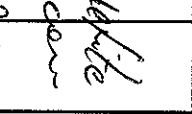
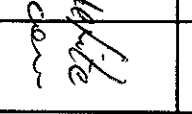
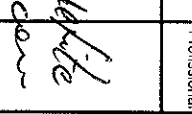
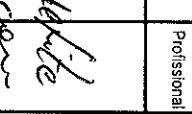
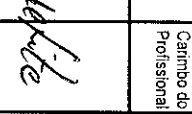
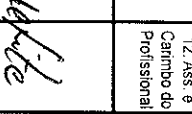
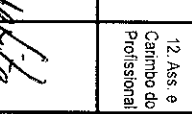
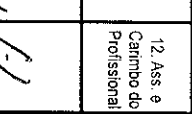
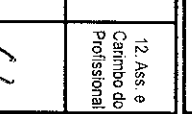
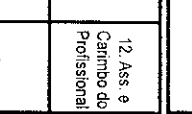


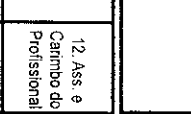
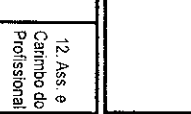
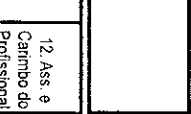
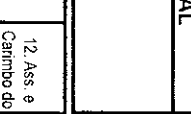

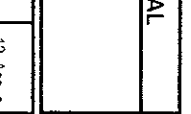

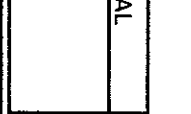
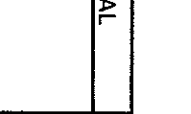
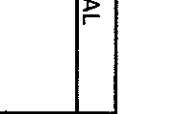



























--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

idioma

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
<u>P-1.5</u>	<u>NO Otorrinolaringologista</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	
<u>013</u>	<u>no 1º setor com o objetivo de realizar o exame de audiometria para avaliação da audição.</u>	

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

Ass. do Paciente ou Responsável: Ass. do Paciente

13. Diagnóstico: Surdez

15. Sig. Pol. dif.:

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

2. Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS	10. Profiss-ional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
			Grupo HA - DIA	
			Medicação Rodante	
			MA VBS	

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dif.

31.10.2018

1. Unid. Prestadora de Atendimento

  
**Profetura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Marcos Freyzer  
 Alameda  
 Sexo: F  
 Idade: 22-12-74  
 Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
 Endereço: 3.ª. Jor. Cobal  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 4. Hora do Atendimento

21/12/08

16. Número Atendimento


FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Amiopia

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profiss. Sinal / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

<u>2008-12-21</u>	<u>01</u>	<u>Ar-5</u>	<u>no desenvolvimento</u>	<u>Arturo Freyzer de</u>	
<u>2008-12-21</u>	<u>01</u>	<u>Ar-5</u>	<u>no desenvolvimento</u>	<u>Arturo Freyzer de</u>	
<u>2008-12-21</u>	<u>01</u>	<u>Ar-5</u>	<u>no desenvolvimento</u>	<u>Arturo Freyzer de</u>	

6. Tipo (Tabela 2)

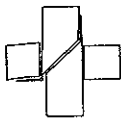
13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Marcos F. de Paula



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

16. Número Atendimento


--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

*UBS*

1. Unid. Prestadora de Atendimento

  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profiss- sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass e Carimbo do Profissional

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Fredy Solano*  
 Sexo: *F*  
 Idade: *6-12-92*  
 Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
 Endereço: *UBS*  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: *CH* UF: *RS*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. difr.

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

*5.12.08*

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável  
*Fredy Solano*

*UBS*  
*med UBS*  
*magfarma*  
*obst dentos*

*Sales*

*[Signature]*





**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIASUS:

**2. Identificação do Paciente**

Nome: *Leandro Salgado da Silva*  
Sexo: *F*  
Idade: *23-08-91*  
Faixa Etária:  
Endereço: *R. Frei Gabriel*  
Bairro:  
Município: *CHI* UF: *RS*

3. Data do Atendimento: *22/11/2018*  
4. Hora do Atendimento:

**16. Número Atendimento**

Grid for recording the number of the attendance.

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

**9. Motivo do Atendimento**

*Amelior*

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)  
8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

Grid for recording codes from Tabela 1 and Tabela 2.

6. Tipo (Tabela 2)  
7. Grupo (Tabela 3)

10. Profiss. Sional / Setor  
11. Tratamento Descrição dos Procedimentos  
12. Ass. e Carimbo do Profissional

*ACS - no atendimento*  
*Gedenilson Fernandes*  
*chiapetta - br 26.2.91*  
*Medicamentos*  
*si 22018/pt no. 25 pag.*  
*e tudo da no atendimento*  
*dir. está bom.*  
*Leandro Salgado da Silva*  
*CHI - 23.08.91*

13. Diagnóstico / Cid  
15. Ppl. dit.

14. Ass. de Paciente ou Responsável  
*Leandro Salgado da Silva*



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Cel. Raul de Oliveira, 793

CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Zonj. Roberto

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: UBS

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento 29.11.2018

4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
	GRUPO HIPERTENSOS E DIABÉTICOS	
	<i>numeros corretos sus para os pacientes.</i>	
	<i>cadastrados.</i>	

6. Tipo (Tabela 2) \_\_\_\_\_

7. Grupo (Tabela 3) \_\_\_\_\_

13. Diagnostico / Cid \_\_\_\_\_

14. Ass. do Paciente ou Responsável [assinatura]

15. Pol. dir. \_\_\_\_\_

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Leoni 1988 Sodele Rolfs

Sexo: F

Idade: 04.04.59

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: Av. Espinosa

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento

5.11.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Revisão

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

12. Ass. e Carimbo do Profissional

710

ACS

ACS Comunitária

04

Medicamento

0018

Condus 40mg.

0018

Medixim 20mg.

0018

Medixim 40mg.

0018

Medixim 20mg.

0018

Medixim 40mg.

0018

Medixim 20mg.

0018

Medixim 40mg.

0018

Medixim 20mg.

0018

Medixim 40mg.

0018

Medixim 20mg.

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Leoni Rolfs

1. Unid. Prestadora de Atendimento

**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Adelmar José Pereira  
 Sexo: M  
 Idade: 70  
 Faixa Etária: 70-79  
 Endereço: Rua João Batista  
Bocotas  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: CHIAPETTA UF: RS

3. Data do Atendimento: 28/12/08

4. Hora do Atendimento: \_\_\_\_\_

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Paralisia

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS


10. Profiss-ional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos  
1. c. 3 de encostar  
naupreim deixo  
na bilhete  
Atividade:  
Atividade  
Atividade  
Atividade  
Atividade  
Atividade

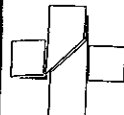
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dif.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Prof. Roberto*

Sexo:

Idade:

Faixa Etária:

Endereço: *UBS*

Bairro:

Município:

UF:

3. Data do Atendimento *23/11/08*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS


10. Profiss- sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass e Carimbo do Profissional

*Realizei exame*



6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

**SIASUS-RS**  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
AMBULATORIAIS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIASUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Anderson de Jesus*  
Sexo: *Roberto Amador*  
Idade: *de Oliveira*  
Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: *11/12/08*  
4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional


6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*GRUPO SES*

*CAMARA VERZANO*  
*RCS.*





**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

2. Identificação do Paciente

Nome: Andressa de Almeida

Sexo: F

Idade: 12.09.93

Faixa Etária: \_\_\_\_\_

Endereço: R. Frei Gabriel.

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: CH UF: RS

3. Data do Atendimento

29.12.06

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo de Atendimento  
Ampliação

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Handwritten notes in a grid format, including "Ampliação" and "no atendimento".

Ampliação - Atensão Unica de Apoio  
br: 29.6-  
vamos.

Uma copia do Atestado de nascimento - br: 4-3-2006  
970310069867253  
vamos em dia  
vamos: 9706.

6. Tipo (Tabela 2)

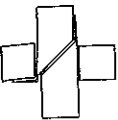
13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

respeito todos familiares  
e responsabilidade da família

15. Pol. difr



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Maria Aparecida*

Sexo: *F*

Idade: *-*

Faixa Etária: *2 a 99 anos*

Endereço: *Rua Grand'haute*

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: *CHIAPETTA* UF: *RS*

3. Data do Atendimento *7.01.19*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

*Família*

5. Código  
Especif.  
Ativ. Profiss.  
(Tabela 1)

8. Código da Tabela de  
Procedimento  
SIA/SUS

10. Profiss-  
sional /  
Setor

Tratamento Descrição  
dos Procedimentos

12. Ass. e  
Carimbo do  
Profissional

*A.G*

*no devicilis*

*Tratamento ab-*

*ser pé...*

*medicamento*

*Leonel Rodrigo Siqueira*

*Tabes. uso de bebida*

*alcoólica*

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

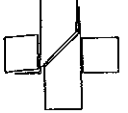
15. Pol. dir.

14. Ass. do Paciente ou Responsável

*Aparecida Aparecida*







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

16. Número Atendimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL  
 9. Motivo do Atendimento


**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS  
 Código SIA/SUS: \_\_\_\_\_

1. Unid. Prestadora de Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS


10. Profiss- sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

2. Identificação do Paciente

Nome: Jaqueline Aparecida da Silva

Sexo: F

Idade: \_\_\_\_\_

Faixa Etária: J135

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Ass. e Carimbo do Profissional

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

29,11,2016





**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS

Código SIASUS: \_\_\_\_\_

**2. Identificação do Paciente**

Nome: UBSS  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: Prof. Adulto  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. Data do Atendimento: 11/11/08  
 4. Hora do Atendimento: \_\_\_\_\_

**16. Número Atendimento**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
 9. Motivo do Atendimento

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)  
 8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS


10. Profiss-ional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

MAUBS  
Diagnóstico  
Distúrbios alimentares

**6. Tipo (Tabela 2)**

**13. Diagnóstico / Cid**

15. Pol. dir.

**7. Grupo (Tabela 3)**

**14. Ass. do Paciente ou Responsável**

[Signature]

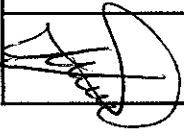
1. Unid. Prestadora de Atendimento  
**Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS**  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua Cel. Raul de Oliveira, 793  
 CHIAPETTA - RS  
 Código SIASUS: \_\_\_\_\_

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)  
 \_\_\_\_\_

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS  
 \_\_\_\_\_

10. Profissional Setor  
 \_\_\_\_\_

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos  
*As não re encoutao ni nauri  
 Abicci um bilhete  
 no danicido  
 - Shi Tritzem  
 - Raul Tritzem*

12. Ass. e Carimbo do Profissional  


2. Identificação do Paciente  
 Nome: *Shi Tritzem*  
 Sexo: *M.*  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Faixa Etária: \_\_\_\_\_  
 Endereço: *R. Volturna Baccus*  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: *CH* UF: *RS*

3. Data do Atendimento *08.01.19* 4. Hora do Atendimento \_\_\_\_\_

6. Tipo (Tabela 2)	7. Grupo (Tabela 3)
_____	_____

13. Diagnóstico / Cid \_\_\_\_\_

14. Ass. do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

15. Pol. dir. \_\_\_\_\_