

Código SIASUS: _____

2. Identificação do Paciente
 Nome: Marcos de Araújo
Apresentação
 Sexo: M
 Idade: 8-10-84
 Faixa Etária: 800 Johnm
 Endereço: 36 Cicras
 Bairro: _____ UF: _____
 Município: _____

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS	16. Número Atendimento	
		9. Motivo do Atendimento	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
<u>000</u> <u>Lista</u>	<u>121</u> <u>2-2006</u>		
		6. Tipo (Tabela 2)	7. Grupo (Tabela 3)

10. Profis-sional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
<u>A-05</u>	<u>no domicilio</u>	
13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. dir.
<u>cond. Alberto Soares da Rosa - 10-2-76</u> <u>me. Tamiara Soares de Rosa, Roberto Soares da Rosa</u>		
14. Ass. do Paciente ou Responsável		
<u>Roberto Soares da Rosa</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: *Fon. Roberto*

Sexo: _____

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ UF: _____

Município: _____

3. Data do Atendimento *30/10/08* 4. Hora do Atendimento

16. _____

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

10. F. Sional / Setor

Grupo de Emergência de Suporte
Dr. Mucos
Roberto

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Resp. _____

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: Conceição Raphael
Francisco Siqueira
 Sexo: F
 Idade: 9-10-86
 Faixa Etária: 9-14
 Endereço: R. P. Roberto Volkmann
360-1105
 Bairro: _____ JF: _____
 Município: _____

3. Data do Atendimento

08.01.19

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Família

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

000.01.01

125.41.2006

125.41.2006

125.41.2006

125.41.2006

125.41.2006

125.41.2006

125.41.2006

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

10. Profissional / Setor

A-C5

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no observatório

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Carla Albert Soares

da Passo - 20-2-76

me. Tanie Mauro Soares

de Ror. Paulo Roberto

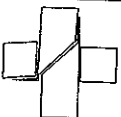
Soares da Ror

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Francisco Siqueira



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: *Sérgio Pereira*

Sexo: *V*

Idade:

Faixa Etária:

Endereço: *R. Joo Gabriel*

Bairro:

Município: *CH* UF: *RS*

3. Data do Atendimento

22.12.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

na família

5. Código

Especif. Ativ. Profiss. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

(Tabela 1)

10. Profiss-ional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A.C.S NO domicilio

José Luis

*para a encashora
 realizar exames
 em ambulatório
 no domicilio*

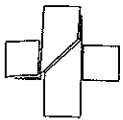
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Br. dir.



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

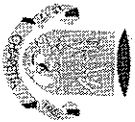
16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Amílias

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: Franciele Rafael
Município de Chiapetta

Sexo: F

Idade: 9-10-86

Faixa Etária: 9-14

Endereço: R. do Volante
360 m

Bairro:

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento

08.01.19

4. Hora do Atendimento

5. Código

Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profiss. Sinal / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Contribo do Profissional

00.01.01

00.01.01

00.01.01

00.01.01

00.01.01

00.01.01

00.01.01

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Franciele Rafael

Carl Alberto Soares
da Rosa - 20-2-76
nde. Tami para Soares
de Rosa
Rua Paulo Roberto
Soares de Rosa

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: *Sônia Primo*

Sexo: *F*

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. Frei Gabriel*

Bairro: _____

Município: *CH* UF: *RS*

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento

12.12.06

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

na família.

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

A.C. no domicílio

Frei Primo

*Frei Primo encontrou
 nós a encadernada
 minha mãe Oliver
 em biblioteca
 no domicílio*

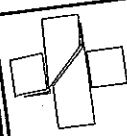
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pr. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável



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: *Meliano Gabriel*

Sexo: _____

Idade: _____

Faixa Etária: *60 anos*

Endereço: *Ferno Schmitt*

Bairro: _____ UF: _____

Município: _____

3. Data do Atendimento

09.01.19

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 _____|_____|_____|_____|_____|_____|

9. Motivo do Atendimento

familias

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profiss. Sional / Setor

A.GS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

*no 2 se luxante
 ni injerim no dentista
 dizei um bilhete*

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Albino
maior
1

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

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 SIASUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Adriana dos Santos
 Sexo: F
 Idade: 14.11.65
 Faixa Etária: 30-39 anos
 Endereço: R. Penno Sanches
 Bairro: _____
 Município: CA RS

3. Data do Atendimento

12.12.2018

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Medica

5. Código

Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

10. Profissional / Setor

Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass e Carimbo do Profissional

ACS no domicílio
- Unipresença
dos Soms Rodrigues.
30.12.15.001
HA: conexão
Adriana dos Santos
14.11.65 HA

6. Tipo (Tabela 2)

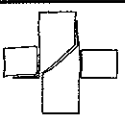
13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Adriana dos Santos

15. Ass. 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: Rosone Wink.

Sexo: F

Idade: -

Faixa Etária: 2 a 9 anos

Endereço: V. páss

Bairro: ?

Município: CH UF: RS

3. Data do Atendimento 12.12.2018

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

ACS no domicilio
 não se encontra
 no endereço
 em bilhete
 - Rosone
 - Pablo Felipe.
 - ?

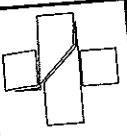
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pól. 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

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

Código SIA/SUS: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: *Elizângela Eubela Portes*

Sexo: *F* Idade: *21.3.99.*

Faixa Etária: *3. W. I. habido*

Endereço: _____

Bairro: _____ UF: *RS*

Município: _____

3. Data do Atendimento *13.12.08*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

puerícia

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profiss. Sinal / Setor

A. C. S.

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

puerícia

12. Ass. e Carimbo do Profissional

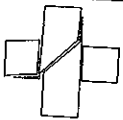
6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável
Elizângela Portes

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:

Rafael de Oliveira

Sexo:

M.

Idade:

30

Faixa Etária:

20-30 anos

Endereço:

Rua Voluntas

Bairro:

Boqueiros

Município:

Chiapetta

UF:

RS

3. Data do Atendimento

13.12.08

4. Hora do Atendimento

10:00

16. Número Atendimento

Grid for patient number

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento

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

10. Profiss-ional / Setor

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

Grid for procedure code

*ACB no domicílio
 não se encontrava
 ninguém deixou
 um bilhete
 Camille pro Vini*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Ass. do Profissional

[Signature]

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: Juliane Soares de Almeida
 Sexo: F
 Idade: 17/76
 Faixa Etária: _____
 Endereço: Av. Spindler
 Bairro: 650
 Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento

21/11/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

deu a consulta

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

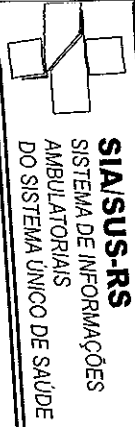
12. Ass. e Carimbo do Profissional

A-G no atendimento
coloca seu arte bus
operadamente
1/10/08
70560147438 8515

Fou 986 541631
HABIAN DE ALMEIDA
704600698014 527
Av. Spindler
650

13. Praça Médico / Cid

Edson Amparo R. de Almeida
70560147438 8515
 14. Ass. do Paciente ou Responsável
Juliane Soares de Almeida



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: Robilio de Souza
Santos

Sexo: M.

Idade: 22.01.1957.

Faixa Etária: 10-19 anos

Endereço: Av. ...

Bairro: Novo ...

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento 12/12/08

4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

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

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

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Paciente

10. Profissional / Setor

ACS no consultório

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

Diagnóstico: Suspeita de meningite bacteriana. Prescrição de antibiótico e suporte hidroeletrolítico.

12. Ass. e Carimbo do Profissional

13. Diagnóstico / Cid

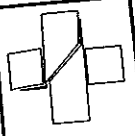
13. Pol. dir.

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Basílio das Neves

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)



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. Rau de Oliveira, 793
 CHIAPETTA - RS

Código SIA/SUS: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: Robson Wink

Sexo: F.

Idade: 40 Anos

Faixa Etária: 232

Endereço: _____

Bairro: CH UF: RS

Município: _____

3. Data do Atendimento

22/11/09

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

Lesão musculares

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

2000004986294

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

23211931

10. Profissional / Setor

ACS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no não se encontra

12. Ass. e Carimbo do Profissional

deixei um bilhete

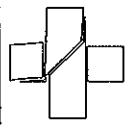
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

706203543252463
F. 2. 3. 2000
701000883069392
E. 21. 9. 2002


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: Venilton Corneo

Sexo: F

Idade: 96-14-57

Faixa Etária: 9-14-57

Endereço: A. Manoel de Lacerda

Bairro: _____ UF: _____

Município: _____

3. Data do Atendimento

19.10.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento
Paruções

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

10. Profissional / Setor

A. Cs no domicilio

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

Torçao no ombro direito
 Redução - dt: 25.10.08

12. Ass. e Carimbo do Profissional

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

13. Diagnóstico / Cid
Torçao no ombro direito
 S61.0-14-57;
 Colagem que após 6 meses
 não houve consolidação

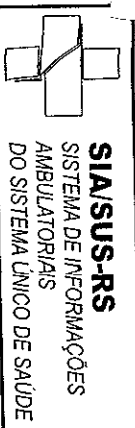
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável
João Manoel Pedreira

13. Ass. e Carimbo do Profissional



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: Somone Justino Reis

Sexo: F

Idade: 8.9.81

Faixa Etária: 700 40196

Endereço: 13. Quilômetro - Novo

Bairro: _____

Município: e H UF: RS

3. Data do Atendimento 7/12/08 4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Admissão Jovem

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 Caimbo do Profissional

ACS no domicílio
cadastramento
Mudança Contas Res
RM 08.08.68
FI: 1003 84mko 130
Inscrição profissional Res
CPF: 569025130-87
m: 018.pdf
Bras Superior / F. 130

6. Tipo (Tabela 2)

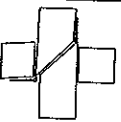
7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

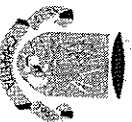
Tomara Mourões

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: Maria Nilsoni de Almeida

Sexo: F

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: R. João Cunha

Bairro: _____

Município: CHIAPETTA UF: RS

3. Data do Atendimento 23/10/08

4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

5. Código

Especif. (Tabela 1)

Ativ. Profis.

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

ACS
Assistente

Ass. em Saúde

ACS
Adm. Saúde

708609008583083

F: 817/77

898002977905237

DN: F. 18/11/2006

[Signature]

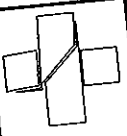
6. Tipo (Tabela 2)

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

21

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: Rubiel de Souza

Sexo: M

Idade: 3/13/94

Faixa Etária: 2 - Crianças

Endereço: _____

Bairro: 656 UF: _____

Município: _____

3. Data do Atendimento

30/10/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

105184

9. Motivo do Atendimento

Grávida SE Tomadas

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

402

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

50020132815

10. Profiss. / Setor

P.S no domicílio

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

Contínuo 23/10/08

12. Ass. e Carimbo do Profissional

RA: 57.200 - 1058ms

6. Tipo (Tabela 2)

M 3024/12016

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

688 24/04/1948

14. Ass. do Paciente ou Responsável

2 Rubiel S. Souza

15. Pol. dir.

RA: 57.200 - 1058ms



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: Guilherme Junior da Silva
 Sexo: Masculino
 Idade: 21 anos - 11.2.7.83
 Faixa Etária: 20000487533100
 Endereço: R. L. Haroldo
Chiapetta
 Bairro: 109
 Município: _____ UF: _____

Data do Atendimento: 20.10.2013
 4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento

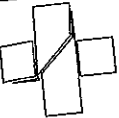
SES:

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>251401</u>	<u>no domicílio</u>	<u>Exames: toxicológico</u>	<u>251401</u>
<u>261401</u>	<u>teste HCG</u>	<u>teste no período Hepatite B.</u>	<u>261401</u>
<u>271401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>271401</u>
<u>281401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>281401</u>
<u>291401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>291401</u>
<u>301401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>301401</u>
<u>311401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>311401</u>
<u>321401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>321401</u>
<u>331401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>331401</u>
<u>341401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>341401</u>
<u>351401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>351401</u>
<u>361401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>361401</u>
<u>371401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>371401</u>
<u>381401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>381401</u>
<u>391401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>391401</u>
<u>401401</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>teste de labor. 17/10/13</u>	<u>401401</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: Aldegama Victor Chaves

Sexo: F Idade: 13-3-49

Faixa Etária: 2. A1 - Juv. Inf.

Endereço: R. A.V. Junqueira

Bairro: 1088 UF: _____

Município: _____

3. Data do Atendimento 21.11.08

4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

ideal não se planejara

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

 8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

A-13 no down care

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

20 24 20 2280565282

12. Ass. e Carimbo do Profissional

HP: medicamentos
com reparo moral
deu medicamento

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dif.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

De Fabiane da R. da Taboada



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Doença da Mãe.

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

Código SIASUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Doa Michelti Rosalinda*

Sexo: *F* Idade: *70*

Idade: *3-1-42*

Faixa Etária: *Stomatologia consultiva*

Endereço: *no*

Bairro: *CEX*

Município: *RS*

UF: *RS*

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

10/11/08

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Padrão

Atividade de liberdade de trabalho - acompanhamento do que foi solicitado. Atividade de liberdade de trabalho - acompanhamento do que foi solicitado. Atividade de liberdade de trabalho - acompanhamento do que foi solicitado. Atividade de liberdade de trabalho - acompanhamento do que foi solicitado.

Anna M. Padua

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: Evires Magno

Sexo: M Idade: 29-11-87

Faixa Etária: 70600632

Endereço: Av. 10 de Setembro

Bairro: 3.15 de Outubro

Município: Chiapetta

3. Data do Atendimento

29/10/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

[Grid for attendance number]

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

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

[Grid for codes and procedures]

7. Grupo (Tabela 3)

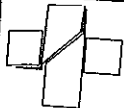
13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

A. G. Alves
deixei um bilhete no
administrativo
70400413865500
m. 25 12 78
898004811781726
m. 23 7 2015

[Signature]



SIA/SUS-RS
SISTEMA DE INFORMAÇÕES
AMBULATORIAS
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: Cláudio Renato
Sexo: F
Idade: 5.1.13
Caixa Etlária: 7
Endereço: R. Sedovina
303 e 40
bairro: 303 e 40
Unidade: C H UF: RS

Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Malária

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

10.000385052922

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

1314168

ACS

ACS em tratamento de malária

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnostico / Cid

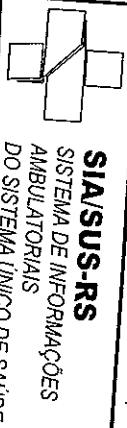
14. Ass. do Paciente ou Responsável

H19

15. Pol. dir.


Cláudio Renato

208.00
paciente não recebeu mais
opartimento de malária de 2018.



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: Marcos Alexandre Aguiar
 Sexo: M
 Idade: 18-45
 Faixa Etária: P. B. e. Saúde
 Endereço: rua B. 104
 Bairro: _____
 Município: C. LX UF: RS

Data do Atendimento: 11/11/07 4. Hora do Atendimento

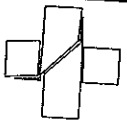
16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento
Acidente

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 Carinho do Profissional
<u>7005019822411831</u>	<u>70101084</u>	<u>A.C</u>	<u>no desenvolvimento</u>	
<u>70101084</u>	<u>70101084</u>	<u>dis</u>	<u>distúrbio melhora do</u>	
<u>703004916039111831</u>	<u>70101084</u>	<u>trabalhador...</u>	<u>trabalhador...</u>	
<u>70101084</u>	<u>70101084</u>	<u>70101084</u>	<u>70101084</u>	

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

13. Diagnóstico / Cid
 14. Ass. do Paciente ou Responsável
Marcos Alexandre Aguiar
 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: Pai Bruno Pauls

Sexo: M:

Idade: 41-49.990

Faixa Etária: Adolescente

Endereço: Leno Schuster

Cidade: Chiapetta

UF: RS

Município: Chiapetta

Data do Atendimento: 21.10.08

4. Hora do Atendimento: 14

16. Número Atendimento

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Abuso

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

P. CS

Castro

Castro

900 0035 24 37 9001

do 1.04/112 11940

F: Bernardo Pauls

Luiza Tolero

Luiza Tolero Pauls

HA: cirurgia, medicamentos

13. Diagnóstico / Cid J04.00

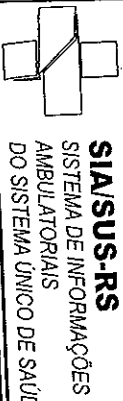
14. Ass. do Paciente ou Responsável

Luiza Tolero Pauls

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

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: Arnooldo Klein

Sexo: F

Idade: 13.10.32

Faixa Etária: 7. Nicky Gabriel Frisch

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: CY UF: _____

3. Data do Atendimento

10/12/2018

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

idoso

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

10. Profiss. Sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

ACG no ambulatorio

HA

- med-om emba
- univ. novo. pom
- med. pass. regulament

- 129 = D Exam / variables

705002497367914

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

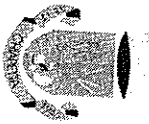
Arteriosclerose

15. Pol. dif.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

2 Moura de OS Souza



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: *Lygia Fátima de M. de Silva*

Sexo: *F*

Idade: *23.6.55*

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. Amadora de Saigo*

Bairro: _____

Município: *C. L.* UF: *RS*

3. Data do Atendimento: _____

4. Hora do Atendimento: _____

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

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

9. Motivo do Atendimento

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento
ausência

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)
M: 06101155

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Profissional / Setor: *A-C3*
 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos: *no obusidic*
 12. Ass. e Carimbo do Profissional: *Ad: 13 pode ser feita*
mente:
farmacocoi
 13. Diagnóstico / Cid: *exams. Ma: fadica toro*
rejeção. (maior)
P00505763416457

14. Ass. do Paciente ou Responsável
Edson S da Silva

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:

Identificação do Paciente

Nome: *Lucieli Soete*
 Idade: *22-11-91*
 Etária: *22-11-91*
 Sexo: *F*
 UF: *RS*
 UF: *RS*
 Hora do Atendimento: *11:00*

16. Número Atendimento

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento

Amúncion

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A.S
aberei um bilhete no amúncion
700008791494405
700007336902507
700007336902507
700007336902507

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 SIASUS: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: Sebastião Luiz dos Santos
 Sexo: M. Idade: 24. 2. 48.
 Faixa Etária: 204 893 562 062 2
 Endereço: Posto de Saúde
 Bairro: Modelo = 13
 Município: C. 14 UF: _____

3. Data do Atendimento 6. 11. 08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Leucemia

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)
01

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

01

10. Profissional / Setor

ACS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

Condicionamento

12. Ass. e Carimbo do Profissional

[Signature]

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

N.º São Augusto 22 Pau.
RS: 60 329 425 72
CNP: 08 106 183
CPF: 079 178 480 00
F.: 1000
Modelo de
Saúde
Sebastião Luiz dos Santos
Fone: 999 320009

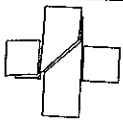
6. Tipo (Tabela 2)

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:

Morise J. Sauermeister

Sexo:

F

Idade:

Faixa Etária:

Endereço:

R. Harmonias

Bairro:

Chiapetta

Município:

Chiapetta UF: *RS*

3. Data do Atendimento

7/10/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

Grid for patient number

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

reitor

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 Obusaito

HA

DIA

705802406702558

8-09-08

medicamentos

em substituição cuidada

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

**Pharmacia Bona Stambulovska*

SIASUS-RS
 SISTEMA DE INFORMACOES
 AMBULATORIAIS
 DO SISTEMA UNICO DE SAUDE


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

1. Unid. Prestadora de Atendimento
 2. Identificação do Paciente
 Nome: Maiza Cristiano de Jesus
 Sexo: F. 10. 06. 89
 Idade: 10. 06. 89
 Faixa Etária: R. 7 anos
 Endereço: Barro Alto
 Bairro: 363
 Município: _____ UF: _____
 3. Data do Atendimento: 11.12.2018
 4. Hora do Atendimento: _____

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

9. Motivo do Atendimento: Exame de Urina
 10. Profissional / Setor: A. Cs no local de trabalho
 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos:
F: Ressonance Leito de Jesus.
R: Abaixo com orde de Jesus.
N: Sono do Augusto
F: 55. 09/19 2430
 12. Ass. e Carimbo do Profissional

13. Diagnóstico/ Cid
 14. Ass. do Paciente ou Responsável
 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: Valdeirton José Peralta

Sexo: M.

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: R. 7 de Setembro

Bairro: _____

Município: CHIAPETTA UF: RS

3. Data do Atendimento 05.11.2012

4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

no domicílio

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

Ausentes
Deixei em bilhete no domicílio

704802559127644

M: 19-5-85

700008573692704

F. 15/6. 83

898005810540246

M: 18/9. 2012

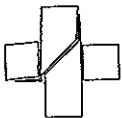
13. Diagnóstico / Cid

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

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: Georgiano Sales

Sexo: F Idade: 18.6.93 MD HC

Idade: _____

Faixa Etária: 13. AN. Juvengo

Endereço: 12.18 Juvengo

Bairro: _____ UF: RS

Município: CH

3. Data do Atendimento 5.11.08

4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Amiloid

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

A.C.S

no domicílio

Recepção para

atendimento em do

coloca que após bem

receber

fontes de Chiapetta

307

neuromom

25/08/1993.

neuromom.

801 de Chiapetta

neuromom.

Roi. Paulo Andrecki

neuromom.

neuromom.

neuromom.

neuromom.

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Georgiano Sales

15. Ppi. dir.

7. Grupo (Tabela 3)



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

Código SIASUS: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: Principine Kelly
 Sobrenome: Peres
 Sexo: F
 Idade: 5-6-87
 Faixa Etária: _____
 Endereço: R. 13 de Agosto
 Bairro: _____
 Município: C. H UF: RS

3. Data do Atendimento: 28.10.08

4. Hora do Atendimento: _____

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

SES. Fomeção

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
<u>020</u>	<u>010</u>	<u>A.C.S</u>	<u>no domicílio</u>	
<u>020</u>	<u>010</u>	<u>consite grupo 615</u>	<u>30/10/08.</u>	
<p>do município de Chiapetta em parceria com o município de SES. Fomeção este grupo 615 nota opor 5 meses.</p>				

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

CRISTIANE RIZ

15. R. dir.

16. Número Atendimento

[] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []
 [] [] [] [] [] []

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Domício ~~atender~~

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: Elói de Jesus Amorim (H4)

Sexo: V / 18/12/1960

Idade: 42 / 702 0088

Faixa Etária: 7 - 7 de Setembro

Endereço: R. 2ª de Setembro

Bairro: 2ª

Município: CHI UF: RS

5. Código Especif. Ativ. Profis.

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

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

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A.15 no domicilio

Atend. Financeiro

Serviço purchased

br. 617153

707 806686837118

Todine fez procehem

br. 2387. 34 anos

702 10293934020

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dif.

7. Grupo (Tabela 3)

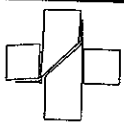
14. Ass. do Paciente ou Responsável

Speca Dir. Machetovon

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

11.11.08



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:

Marcelo R. Martins

Sexo:

M

Idade:

20-1-69

Faixa Etária:

F. P. Adulto

Endereço:

F. P. Valinhos

Bairro:

Município:

UF:

3. Data do Atendimento

14 de 01/18

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

|||||

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Doença

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

|||||

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

|||||

10. Profissional / Setor

*ACS no domicilio
 Conselho emopnece.
 atendimento HA*

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

705003653270257

12. Ass. e Carimbo do Profissional

7064036411086857

M-22-04-62-HA

700003621946207

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / CID

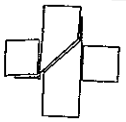
J92

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Responsible C. M. P. P. P. P. P.

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: *Silvana Azevedo*

Sexo: *F*

Idade: *12.08.92*

Faixa Etária:

Endereço: *Tr. Paulista de Arinos*

Bairro:

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento: *29.11.08*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ats.

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

Ats no domicilio

Consulto - 27/11 - Dr. Marcel

Exames. gexp. - 11/11/08

dis esta bei.

700004815383808

[Signature]

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

SILVANA

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: *Alida Cordeiro*

Sexo: *F*

Idade: *13-10-26*

Endereço: *R. AV. Francisco*

Início: *11/11/08* UF: *RS*

Data do Atendimento: *11/11/08*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento
Unidade básica de saúde

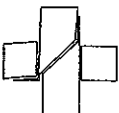
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS
<i>13.1.10-32</i>	<i>13.1.10-32</i>

10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo do Profissional
<i>A.C.S</i>	<i>no ambulatório</i>	<i>Alida Cordeiro</i>

6. Tipo (Tabela 2)	7. Grupo (Tabela 3)	13. Diagnóstico / CID	14. Ass. do Paciente ou Responsável	15. Pol. dif.
<i>[Handwritten mark]</i>		<i>Unidade de Atenção</i>	<i>Alida Cordeiro</i>	

*Atenção de crise de dor
 cabeça - consumo
 medicamentos
 At: repete receita, não
 possui mais sintomas re-evaluar
 e prescrever hidrocortisona
 ambulatorial. Obter
 em 15 dias físicos...
 não tem indicação nos pés.*



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

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento, Unido
1000 Admissões

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. Sinal / Setor
 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
 12. Ass. e Carimbo do Profissional

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Anna Glass

Sexo: F
 Idade: 10-12
 Faixa Etária: 0-9 anos
 Endereço: R. PV. Sinuoso

Bairro:
 Município: PV UF: RS

3. Data do Atendimento: 30.11.2018
 4. Hora do Atendimento:

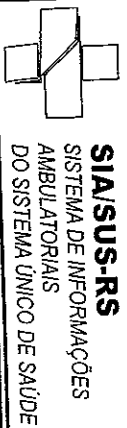
6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid
 14. Ass. do Paciente ou Responsável: Anna Glass

15. Pol. dir.

10-12,30
4G
no aburrido
colocar free de sent
nao de nenhuma
forma de tratamento
de
prescricao: 16 mg
18: 25 mg



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento



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

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: Robinei Maciel Mendes

Sexo: F

Idade: 5.12.74

Faixa Etária: 2

Endereço: R. Augusto Gonçalves

Bairro: _____

Município: CHA UF: RS

3. Data do Atendimento _____

4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Distúrbio de audição

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

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

A.C.S no domicilio

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

2081001695489

1004406950725240

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável
Robinei E. Rodrigues

15. Pol. dir.

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIASUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Procedência Ricardo*

Sexo: *M*

Idade: *18-11-45*

Faixa Etária:

Endereço: *no Av. J. J. J. J.*

Bairro:

Município: *CH*, UF: *RS*

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

14/11/2018

16. Número Atendimento

|||||

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Urgência *ausência de médico*

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

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

701 (21086256795)

Ats no domicílio

708 (400031208782)

coloca free tests

711 (43111955)

testes de urina;

714 (5191415)

Tomar os medicamentos

714

148

6. Tipo (Tabela 2)

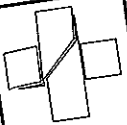
13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dif.

7. Grupo (Tabela 3)


14. Ass. do Paciente ou Responsável

Procedência Ricardo



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: Wagner Park

Sexo: Masculino Data de Nascimento: 29/01/2003

Idade: 13 anos

Faixa Etária: 9. Vici-bulbo fur

Endereço: 3. Vici-bulbo fur

Bairro: CEL UF: RS

Município: CEL

3. Data do Atendimento: 14.12.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
Paciente

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

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

1013
no domicílio
1013
no domicílio
23/11 dr. Jacobi
Pre. Local: 23/11 dr. Jacobi
Temp: 23/11 dr. Jacobi
Local: 03
grupos: 75x8. 01/10/08
01/16/10/08
01/30/04/10/08 ou 12/01/08

Wagner Park



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: JBS

Sexo: _____

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento: 23.10.17 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

ACS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

digitalização
notas

12. Ass. e Carimbo do Profissional



6. Tipo (Tabela 2)

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

13. Diagnóstico / Cid

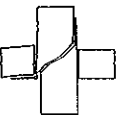
Roberto

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: Alves Schmaie

Sexo: F

Idade: 3.11.78

Faixa Etária: _____

Endereço: Wilhelmsohn Fátima

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento

12/12/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Artrite

5. Código

Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

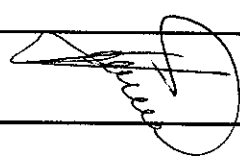
ACS no domicilio

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

Normal

12. Ass. e Carimbo do Profissional

1000 - Artrite - Normal - sem tratamento



6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Roberto Schmaie

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: _____

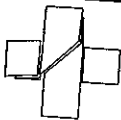
2. Identificação do Paciente
 Nome: Adri de Siqueira
 Sexo: F 28 08 19 7063057189237722
 Idade: _____
 Faixa Etária: AV. Jm. Moreira
 Endereço: Av. Jm. Moreira
 Bairro: Itaiguba
 Município: _____ UF: RS
 3. Data do Atendimento 5/11/2011
 4. Hora do Atendimento _____

16. Número Atendimento

 FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento
1. Anestesia

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.S</u>	<u>Assente</u>	
			<u>desce em bicicleta</u>	
			<u>No Obusículo</u>	
			<u>(#49) / ?</u>	
			<u>70460015/068524 F</u>	
			<u>(22/10/2013)</u>	
			<u>70420004/15813/19 F</u>	
			<u>(13/10/12003)</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: F. MOURA RO CORREA
 Sexo: M.
 Idade: 30.12.2013
 Faixa Etária: 12. Tenno Jochels
 Endereço: 418.
 Bairro: 418.
 Município: CHI UF: RS

Data do Atendimento

05/10/018

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Abundância

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

217

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

A. C. S. 3010 Família
CHIAPETTA
702 5043 4278938

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

Visitas: em dia
P. Persg.
E. 69 def.
Quarta: 27/07/018

12. Ass e Carimbo do Profissional

[Assinatura]

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

MARIA GORGIANI

15. Pol. dif.



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: *Almeida dos Santos*

Sexo: *M*

Idade: *12.9.2010*

Faixa Etária: *3-7 anos*

Endereço: *R. Tubarão*

Bairro: *2º*

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

3. Data do Atendimento

31/10/2017

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento
Prontidão

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

10. Profiss-ional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

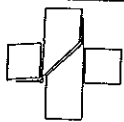
*A. G. não recebe mais pelo
 R: 3518.
 É: 1. de die
 Vai me acode
 até bem rápido.
 900505156549355*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnostico / Cid
Sus. de denture

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável
mael



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

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Paciente

10. Profissional / Setor

12. Ass. e Cálculo do Profissional

Código SIA/SUS:

2. Identificação do Paciente

Nome: *Robson Frei Santos*
Sexo: *M*
Idade: *18.3.72*
Faixa Etária:
Endereço: *R. Paulo Scherck*
Bairro: *200*
Município: _____ UF: _____

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável
Robson Frei Santos

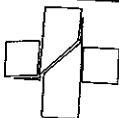
15. Pontif.

*A.S no atendimento
AA pessoa que
bem. med de urg em
gravo modo.
coloca seu ass.
de mobilidade
706405105732288*

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

25.10.08



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: *Edvaldo Seltz*
 Sexo: *fm*
 Idade: _____
 Faixa Etária: _____
 Endereço: *Leobornino de Souza*
 Bairro: _____
 Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento _____ 4. Hora do Atendimento _____

14/10/08

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Atividade de caráter não

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

A-05

11. Tratamento Descrito dos Procedimentos

Atividade de caráter não remunerado

no âmbito da Prefeitura Municipal de Chiapetta

M. 2/10/08

702005858864083

12. Ass. e Carimbo do Profissional

[Signature]

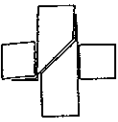
6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dif.

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: *Paulo Rolinkski*

Sexo: *M*

Idade: *29/02/38*

Faixa Etária: *A - Adulto*

Endereço: *R. Loureiro*

Bairro: _____

Município: *CH* UF: *RS*

3. Data do Atendimento 4. Hora do Atendimento

16/11/08

16. Número Atendimento

FIGHA DE ATEND.:
9. Motivo do Atendimento
Atendimento de rotina

Atendimento de rotina

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

F0

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

M. 29 102 38

10. Profis-sional / Setor

A.G

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no ambiente

12. Ass. e Carimbo do Profissional

no ambiente

atende que está bem

em ambiente

marchei com o curso de HA

trabalhei com o curso

em ambiente.

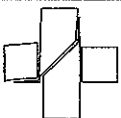
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnostico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável
Luiz Antônio dos Santos



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: Valéria Schuster
 Sexo: M.
 Idade: 30-5-24
 Faixa Etária: _____
 Endereço: R. Atl. J. Amaro
 Bairro: P. 46
 Município: C. 14 UF: RS

3. Data do Atendimento

20.11.07

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Ulcera de úlcera

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

70120769468

M. 305.44

10. Profissional / Setor

ACS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no domicílio

12. Ass. e Carimbo do Profissional

ACS
coloca de suas
marcas:
Farmácia. 982
Impl. em 383
col. em 1161: 76mg
total 278.
dióx. 86
planta. quando o
diagnóstico

6. Tipo (Tabela 2)

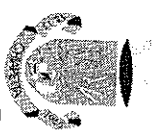
Diagnóstico

7. Grupo (Tabela 3)

Sua marca

14. Ass. do Paciente ou Responsável

[Assinatura]



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: Allegrema Souza

Sexo: M

Idade: 141-7-412

Faixa Etária: AV. 3ª

Endereço: Av. 766

Bairro: _____

Município: CH UF: RS

3. Data do Atendimento: 26.11.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Paciente

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

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

700

AS

no diagnóstico

de diagnóstico

7007407404322840

diagnóstico

Câncer de V. Pel.

Tratado sob

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7007407404322840

7. Grupo (Tabela 3)

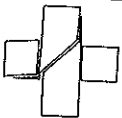
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

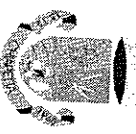
Allegrema Souza

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: *João Nisso da Rocha*

Sexo: *M*

Idade: *8-8-53*

Faixa Etária:

Endereço: *Av. Sparagço*

Bairro: *1152*

Município: *CHI* UF: *RS*

3. Data do Atendimento *22.11.10* 4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

Grid for patient number

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

União paciente diabético

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

Grids for codes

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A. G. no Atividade
Endoscopia

RS 2015397941
Ex: 3 112 12004

m. Equipam R 15
P. Afecção 360M
4. Plano 360M.

CPF: 42 1898100-00

medicamento: 20 TAR.

medicamento 5mg
300mg 30 dias 100mg

2019060000 25m

6. Tipo (Tabela 2)

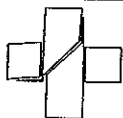
7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico

14. Ass. do Paciente ou Responsável

diabético
de Guarnisa Relya

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: Carlos Pedro

Sexo: M. 12-08-66

Idade: Av. Sparago

Faixa Etária: 45

Endereço:

Bairro:

Município: CHI UF: RS

3. Data do Atendimento: 13.11.2018

4. Hora do Atendimento:

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Admissão (Anexo)

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

RD	06093726111	9.5	no5 re	
AS	9 66671			

AS não re
apresenta no domicílio
disse um bilhete

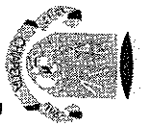
6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável



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: *Andriely de Almeida*

Sexo: *F*

Idade: *22.8.2007*

Faixa Etária:

Endereço: *Rua 3 de março*

Bairro: *656*

Município: *CH* UF: *RS*

3. Data do Atendimento

22/11/08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Parútilia

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

10. Profiss-ional / Setor

12. Ass. e Carimbo do Profissional

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

15. Pol. dir.

6. Tipo (Tabela 2)

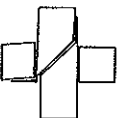
13. Diagnóstico / Cid

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Andriely de Almeida

*AG no domicílio
 Alcega sem arto bem
 pronta.
 P-32KG.
 E-32kg.
 E-32kg no visido.
 bronquite, peso.
 702406014807323*



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

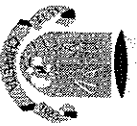
16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

paciente

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: *Gilnei Holz*

Sexo: *F*

Idade: *60-11-51*

Faixa Etária: _____

Endereço: *R 15 de agosto*

Bairro: _____

Município: *C 27 UF: RS*

3. Data do Atendimento

11/11/18

4. Hora do Atendimento

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

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

10.11.18

A. 05

no domicilio

paciente cobran

paciente cobran

com o ledo há alguns

meses mais ou menos

com o ledo há alguns

paciente cobran

com o ledo há alguns

meses mais ou menos

com o ledo há alguns

paciente cobran

com o ledo há alguns

meses mais ou menos

com o ledo há alguns

paciente cobran

com o ledo há alguns

meses mais ou menos

com o ledo há alguns

paciente cobran

com o ledo há alguns

meses mais ou menos

com o ledo há alguns

paciente cobran

com o ledo há alguns

meses mais ou menos

com o ledo há alguns

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Por. dia

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

paciente cobran



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: Francis Wilton de Aguiar

Sexo: F

Idade: 26.9.93 69 anos

Faixa Etária: _____

Endereço: Jardim São José

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento: 30/11/2011

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Pauliceia

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIASUS

706604526702

70041024054140440

10. Profiss-ional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A. G. no domicilio

Pauliceia; Pauliceia

Pauliceia por Pauliceia

6. Tipo (Tabela 2)

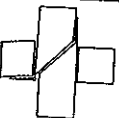
7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

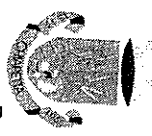
Francis Wilton de Aguiar

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: Dêi Damaris
 Sexo: F Idade: 70 1008860
 Faixa Etária: 30/40/54
 Endereço: R. W. L. Toledo
 Bairro: Indústria
 Município: C. H. UF: RS
 3. Data do Atendimento: 23.10.2016 4. Hora do Atendimento: _____

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Muotia

5. Código Especif. Ativ. Profs. (Tabela 1)
209
 8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS
20120210
1200315

10. Profs- sional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

A. C. S. no domicílio
(Dêi) e marido no
Medicamentos disponíveis
Prisão não se mantém
aplicar por família
obras de necessidade
de prisão participo
do grupo 30/10/16
no grupo 30/10/16
no grupo 30/10/16

6. Tipo (Tabela 2)

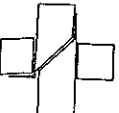
13. Diagnóstico / Cid

15. Rubrica

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Dêi Damaris



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: Carla Gely Beck
 Sexo: F
 Idade: 13-08-32
 Faixa Etária: At. 3ª infância
 Endereço: Av. Primavera
 Bairro: SP
 Município: CHIAPETTA - RS

3. Data do Atendimento

13/11/2014

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

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

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Síndrome douvicilica

10. Profiss-sional / Setor

A.CS

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no domicílio

12. Ass e Carimbo do Profissional

-> falar dos abusos

no tempo: gravuras

temperaturas:

Prescritor: seu aparelho

medicação: dióxido

mente

209607650141326

6. Tipo (Tabela 2)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

13. Diagnóstico / Cid

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

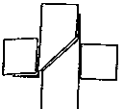
15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

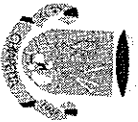
14. Ass. do Paciente ou Responsável

Carla Gely Beck



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: Jeniffermaria Roberto
 (8 anos) Aracatã de São Manoel
 Sexo: F
 Idade: _____
 Faixa Etária: _____
 Endereço: VBS
 Bairro: _____
 Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento 20.11.08

4. Hora do Atendimento

16. Numero 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

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

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

Remunido
Biquipe
VBS



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: *Wilsom Coustera*

Sexo: *M.*

Idade: *9-12-1966*

Faixa Etária: *12-19 anos*

Endereço: *Rua Maria Manoel*

Bairro: *Comunidade Manoel*

Município: *C/14* UF: *RS*

3. Data do Atendimento: *08.01.13*

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

5. Código

Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

28-142-024

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

*A.C.S. no domicilio
Wilsom Coustera
9-12-1966. br.*

*Medicina
Exame de detalhado
Omnisistêmico.*

*Exame de detalhado
Omnisistêmico.*

*Solange Coustera
18-10-71. (419)*

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol. dir.

Wilsom Coustera

Wilsom Coustera



16. Número Atendimento
 []

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 9. Motivo do Atendimento



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

1. Unid. Prestadora de Atendimento

Código SIA/SUS: _____

2. Identificação do Paciente

Nome: *Jonf. Maria Roberto*

Sexo: _____

Idade: _____

Faixa Etária: *UBS*

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento *26/10/18*

4. Hora do Atendimento

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

UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS

UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS
UBS

[Signature]

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

[Signature]

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: Cláudia Marchionni

Sexo: M.

Idade: 23.02.77

Faixa Etária:

Endereço: R. N. Adreus 21

Bairro:

Município: Chiapetta UF: RS

3. Data do Atendimento

20/12/17

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

paciente

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

10. Profis. Sional / Setor

A. 6

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no obituário

12. Ass. e Carimbo do Profissional

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Cláudia Marchionni

15. Pol. dir.

A. 6
HA: 13
- 100% de Sinq. exat
Também de Sinq. com
re-entradas com
dan no coluna. Sano...

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: Eda Soety Baer
 Sexo: F
 Idade: 16-0-32
 Faixa Etária: _____
 Endereço: R. AV. J. M. ...
 Bairro: _____
 Município: CH UF: RS

3. Data do Atendimento

7/12/2018

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Uso de medicamentos para

5. Código

Espeçif. 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

<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>no abunicitas</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>colocar de novo</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>intorno com 2 dias</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>diagnosõ.</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>Quarenta dias</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>no unidade guardar</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>busca no farmacia</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>colocar em forma</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>Tomar os medicamentos</u>	<u>00</u>
<u>00900105041330</u>	<u>015</u>	<u>Tomar os medicamentos</u>	<u>00</u>

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnostico Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Eda Soety Baer

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: Yvonne Beger

Sexo: F

Idade: 13. 8. 22

Faixa Etária:

Endereço: Av. Frei no 200

Bairro: _____

Município: C. 4 UF: RS

3. Data do Atendimento

18.12.08

4. Hora do Atendimento

16. Número Atendimento

9. Motivo do Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

avulsa

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

10. Profis. Sionial / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. e Carimbo do Profissional

10.C.5 no avulsa

40: 140
 indicoes: 5 dias
 mant os dias abas
 para melhor o ritmo
 curculos

[Signature]

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. dir.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável
Yvonne Beger