
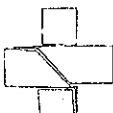

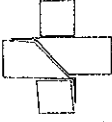

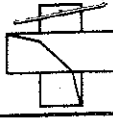

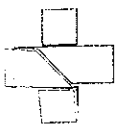

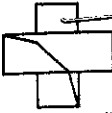

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. Número Atendimento <input type="text"/>		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 9. Motivo do Atendimento	
1. Unid. Prestadora de Atendimento  Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS Secretaria Municipal de Saúde Rua Cel. Raul de Oliveira, 793 CHIAPETTA - RS Código SIA/SUS:		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1) <input type="text"/>		8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS <input type="text"/>	
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Alcides F. Roque</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>30/03/55</u> Faixa Etária: Endereço: <u>R. Coronel R. Oliveira</u> Bairro: Município: _____ UF: _____		10. Profissional / Setor 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos <i>Assente</i> <i>deixei um bilhete no domicilio</i> <u>7000 0/389 89</u> <u>96 02</u> <u>00709975081280</u>		12. Ass. e Carimbo do Profissional	
3. Data do Atendimento <u>2.15.18</u>		4. Hora do Atendimento		6. Tipo (Tabela 2)	
7. Grupo (Tabela 3)		13. Diagnóstico / Cid <u>30/05/92</u>		15. Pol. di	
14. Ass. do Paciente ou Responsável					

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. Número Atendimento <input type="text"/>		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:		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1) <input type="text"/>		8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS <input type="text"/>	
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Arnoni Alberto Weber</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>19-5-57</u> Faixa Etária: Endereço: <u>R. Leopoldo</u> <u>Esperança</u> Bairro: Município: _____ UF: _____		10. Profissional / Setor 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos <i>Assente</i> <i>no domicilio</i> <u>Lit Roth Weber</u> <u>(7111511)</u> <u>Grav. 900. di med. 90</u> <u>HA</u> <u>medicamento</u> <u>ampliar</u>		12. Ass. e Carimbo do Profissional	
3. Data do Atendimento		4. Hora do Atendimento		6. Tipo (Tabela 2)	
7. Grupo (Tabela 3)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. dir	
14. Ass. do Paciente ou Responsável					

 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: _____		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. Carimbo Profissional
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Antonio Pedreira</u> <u>Requena</u> Sexo: <u>F</u> Idade: _____ Faixa Etária: _____ Endereço: <u>R. Stromberg</u> <u>de Carvalho</u> Bairro: _____ Município: _____ UF: _____		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. c	7. Grupo (Tabela 3)	14. Ass. do Paciente ou Responsável
3. Data do Atendimento <u>26/03/19</u>	4. Hora do Atendimento	12. Ass. Carimbo Profissional	15. Pol. c	12. Ass. Carimbo Profissional	15. Pol. c	12. Ass. Carimbo Profissional	15. Pol. c	12. Ass. Carimbo Profissional

 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: _____		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. Carimbo Profissional
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Chardete Becke Gulboni</u> Sexo: <u>F</u> Idade: _____ Faixa Etária: _____ Endereço: <u>R. Valentin Becke</u> Bairro: _____ Município: <u>CH</u> UF: <u>RS</u>		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. c	7. Grupo (Tabela 3)	14. Ass. do Paciente ou Responsável
3. Data do Atendimento <u>12/02/19</u>	4. Hora do Atendimento	12. Ass. Carimbo Profissional	15. Pol. c	12. Ass. Carimbo Profissional	15. Pol. c	12. Ass. Carimbo Profissional	15. Pol. c	12. Ass. Carimbo Profissional

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16. Número Atendimento	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
		9. Motivo do Atendimento <i>familiar</i>			
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: <i>Carmona Lucia</i> <i>Carvalho</i> Sexo: <i>F</i> Idade: <i>19/07/62</i> Faixa Etária: Endereço: <i>R. S. Guiziano</i> <i>Carvalho</i> Bairro: Município: <i>Chiapetta</i> UF: <i>RS</i>			<i>A-6</i>	<i>no domicílio</i>	
3. Data do Atendimento <i>29/04/19</i>	6. Tipo (Tabela 2)	13. Diagnóstico / Cid	HA: <i>mat. corrente</i> <i>Proteses de levantamento</i> <i>sem plano</i> <i>ON PMS</i> <i>Soluções do SCS</i>		
4. Hora do Atendimento	7. Grupo (Tabela 3)	14. Ass. do Paciente ou Responsável <i>Carmona Lucia</i>	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 <i>familiar</i>			
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: <i>Cláudia Teresinha</i> <i>Monteiro Estephan</i> Sexo: Idade: <i>10.01.54</i> Faixa Etária: Endereço: <i>R. S. Guiziano</i> <i>Carvalho</i> Bairro: Município: <i>Chiapetta</i> UF: <i>RS</i>			<i>A-6</i>	<i>no domicílio</i>	
3. Data do Atendimento <i>16/04/19</i>	6. Tipo (Tabela 2)	13. Diagnóstico / Cid	HA: <i>Cláudia que está</i> <i>sem de social</i> <i>teriam recebido</i> <i>exames fonoaudiol</i>		
4. Hora do Atendimento	7. Grupo (Tabela 3)	14. Ass. do Paciente ou Responsável <i>José A. de Jesus</i>	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

Família

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

Prunido

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

*A.C.G no obituário
coloca seu foto após
? Mentiro em dia*

Prunido => 14-10-201

18.400 kg

Valores

2. Identificação do Paciente

Nome: *Carliete Dom*

Sexo: *F*

Idade: *29.12.97*

Faixa Etária: _____

Endereço: *rua Cel. Raul de Oliveira*
Chiapetta

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

3. Data do Atendimento

6.3.19

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Carliete Dom

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: _____

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

A.C.G

*Ausente no
clínica de
bilhete*

2. Identificação do Paciente

Nome: *Enio de Souza*

Sexo: *M*

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. Travenço Enio*
Korrad

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

3. Data do Atendimento

07.03.19

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Famílias

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

Atividade: 3110158

NA: 10000

10. Profissional / Setor

A.C.S.

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no domicílio

Juliana de Siqueira

66: 6 meses e meio

7/03 / Res: 55

de macobi

inv: 24/11/1995

(230 mg)

2. Identificação do Paciente

Nome: *Juliana de Siqueira*

Sexo: *M*

Idade: *10-8-90*

Faixa Etária: _____

Endereço: *Trevo 8 Novembro*

Bairro: _____

Município: *CHI* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol. _____

3. Data do Atendimento

27/03/19

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Theriano Siqueira

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

Famílias

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

A.C.S.

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no domicílio

Dr. Francisco Cabral

2. Identificação do Paciente

Nome: *Theriano Siqueira*

Sexo: *M*

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. Raul de Oliveira*

Bairro: _____

Município: *CHI* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

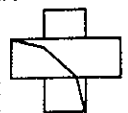

15. Pol. _____

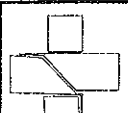

3. Data do Atendimento

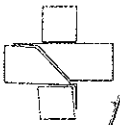

4. Hora do Atendimento

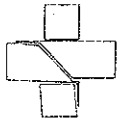

7. Grupo (Tabela 3)

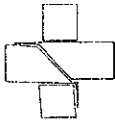
14. Ass. do Paciente ou Responsável

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. Número 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		9. Motivo do Atendimento <i>Recom. familiar</i>	
2. Identificação do Paciente Nome: <i>Fernando M. dos Santos</i> Sexo: <i>F</i> Idade: <i>16-5-2003</i> Faixa Etária: Endereço: <i>R. Corv. Chiapetta</i> Bairro: Município: UF:		6. Tipo (Tabela 2) 7. Grupo (Tabela 3)		10. Profissional / Setor 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos <i>ACB no domicilio entrega de pedido de exames laboratoriais. Charles Ferraz Romice.</i> <i>2030048/16039/10</i>	
3. Data do Atendimento <i>16/09/10</i>		4. Hora do Atendimento		13. Diagnóstico / Cid 14. Ass. do Paciente ou Responsável <i>Fernando M. dos Santos</i>	

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. Número 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		9. Motivo do Atendimento <i>Rec. de caráter</i>	
2. Identificação do Paciente Nome: <i>Wilson Hermans</i> Sexo: <i>M</i> Idade: <i>26-05-71</i> Faixa Etária: Endereço: <i>Flamengo</i> Bairro: <i>Corv. Chiapetta</i> Município: UF:		6. Tipo (Tabela 2) 7. Grupo (Tabela 3)		10. Profissional / Setor 11. Tratamento Descrição dos Procedimentos <i>ACB (RG) no local de trabalho Cad. Estrangeiro 557. Treanlinus Rui: Anildo Hermans Roberto Hermans dn: 22/10/71</i> <i>CPF: 540 502 510.00 - Inútil - nome - Soc. 1º grau completo</i>	
3. Data do Atendimento <i>17/09/10</i>		4. Hora do Atendimento		13. Diagnóstico / Cid 15. Pol.	

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16. Número 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. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
2. Identificação do Paciente		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. dir.
Nome: <u>Thiane Plummer</u> Sexo: <u>F</u> Idade: _____ Faixa Etária: _____ Endereço: <u>Rua Cel. Raul de Oliveira</u> Bairro: _____ Município: <u>CHI</u> UF: <u>RS</u>		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável		
3. Data do Atendimento		4. Hora do Atendimento				
25/03/19						
				9. Motivo do Atendimento <u>Família</u>		
				<u>ACS no domicílio</u> <u>Del. do Francisco Castro</u>		

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16. Número 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. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
2. Identificação do Paciente		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. dir.
Nome: <u>Gilnei Leidecker</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>31.8.69</u> Faixa Etária: _____ Endereço: <u>Rua Cel. Raul de Oliveira</u> Bairro: _____ Município: <u>CHI</u> UF: <u>RS</u>		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável		
3. Data do Atendimento		4. Hora do Atendimento				
27/03/19						
				9. Motivo do Atendimento <u>Família</u>		
				<u>ACS no domicílio</u> <u>crianças os pais</u> <u>e HS cursando</u> <u>a do exames</u> <u>periódicos</u> <u>prestado do SCS</u> <u>Ri Leidecker</u> <u>Ponte</u>		

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

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

família

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*Paulo Luiz*
10. Profis-
sional /
Setor11. Tratamento Descrição
dos Procedimentos*Ats no domicilio
orientações para
o H.S. curativo
e os exames
periódicos
prestado por Sonda
R. Leidecker.
Paulo*

2. Identificação do Paciente

Nome: *Gilnei Leidecker*Sexo: *M*Idade: *31.8.69*

Faixa Etária:

Endereço: *3. rua S. Maria**267*

Bairro:

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

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

16. Número Atendimento

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

família

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*João Paulo*
11/09/2014
exames infantis
João Paulo
*João Paulo*10. Profis-
sional /
Setor11. Tratamento Descrição
dos Procedimentos*R.16 no domicilio
Rodrigo Hiller
em 10/10/13
exames - pediatria
Im. Id.
HA Selo por Sonda*

2. Identificação do Paciente

Nome: *João Paulo*Sexo: *F*Idade: *21.9.70*

Faixa Etária:

Endereço: *3. rua S. Maria**267*

Bairro:

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Pol.

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

*1.05.18**João Paulo*

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

família

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

102 *0000000000*

10. Profissional / Setor

A-C5

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no domicílio

12. Ass. Carimbo Profissional

Cecilia Emanueli Pires
em: 31/01/2010
888 0059 0435 9041
F: William Eschki da Silva
Chiapetta
V. em: 306, e h 3
Pom. nasc.: 3.19 → 3800

2. Identificação do Paciente

Nome: *William Eschki*

Sexo: *F*

Idade: *27-1-2003*

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. William Eschki*

Bairro: _____

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

3. Data do Atendimento

21/03/10

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

William Eschki

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

família

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

102 *0000000000*

10. Profissional / Setor

A-C5

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

no domicílio
exatidão. sobe chis
de n. ent. c. o. o.
HA: 2.000 pil
Exatidão:
Expe:

12. Ass. e Carimbo Profissional

Raqueliane
Illexiane
Rafaeline
Ser. Motone

2. Identificação do Paciente

Nome: *William Eschki*

Sexo: *F*

Idade: *29-06-07*

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. Pedro Francisco*

Bairro: _____

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

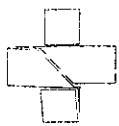

13. Diagnóstico / Cid

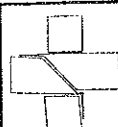

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

 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:	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: <u>Michael Kulmer</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>19-8-97</u> Faixa Etária: <u>17 anos</u> Endereço: Bairro: Município: UF:			ACU no domicilio cobrança que está sem de permit obter dos registros gerais.	
3. Data do Atendimento	4. Hora do Atendimento	6. Tipo (Tabela 2)	13. Diagnóstico / Cid	15. Pol. dr.
<u>8/03/09</u>		7. Grupo (Tabela 3)	14. Ass. do Paciente ou Responsável	

 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:	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: <u>Francisco Correia</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>30-11-89</u> Faixa Etária: Endereço: <u>R. Progresso 8. Marat</u> Bairro: Município: UF:			ACU no domicilio Francisco Correia 30/11/17 Vacinas em dia até Rub. P. 13 mg. 800 Fenobarb. Bolsa Família: 171.00	
3. Data do Atendimento	4. Hora do Atendimento	6. Tipo (Tabela 2)	13. Diagnóstico / Cid	15. Pol. dr.
<u>02/02/10</u>		7. Grupo (Tabela 3)	14. Ass. do Paciente ou Responsável	

Janete Klepstein

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

familiares

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

Atenção Primária

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

ACS

no domicílio

Preventivo em

me magrofia.

hemograma

João Arthur Fater

17/11/2009

tratamento cremoso

2. Identificação do Paciente

Nome: *Marcelo Feiten*

Sexo: _____

Idade: *2/04/73*

Faixa Etária: *R. Crian. 0-31*

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: *C. H* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

3. Data do Atendimento

12/04/09

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Marcelo Feiten

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

relato

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

Atenção Primária

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

ACS

no domicílio

com medicamentos

obviamente

Eurosumide

hosos tano 2x d.

Sinostiro.

medicamento

2. Identificação do Paciente

Nome: *Marcelo Feiten*

Sexo: *M*

Idade: *17/10/77*

Faixa Etária: *R. Adolesc.*

Endereço: *R. L. ...*

Bairro: _____

Município: *C. H* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

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: _____

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. Carimbo Profiss...

A CS no consultório

do A: reorientar quanto aos medicamentos SIA e quanto a alimentação

2. Identificação do Paciente

Nome: *Moque V. Sabado*

Sexo: *M*

Idade: *6-12-64*

Faixa Etária: _____

Endereço: *W. de 10100*

Bairro: *Três de Maio*

Município: *C#* UF: *RS*

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

5.3.19

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pbl. c

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: _____

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

8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS

70960702545-110

96662005

10. Profissional / Setor

11. Tratamento Descrição dos Procedimentos

12. Ass. Carimbo Profiss...

A CS no consultório

acomodo pul do documento e o necessidade de acompanhamento

Pacientes em tratamento - leite leite 30ml, micropoco oleo 3hs manhã

2. Identificação do Paciente

Nome: *Ronaldo Ojzzone 13*

Sexo: *M*

Idade: _____

Faixa Etária: *20-65-65*

Endereço: *R. 7 de Setembro*

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

3. Data do Atendimento

4. Hora do Atendimento

12.10.19

6. Tipo (Tabela 2)

7. Grupo (Tabela 3)

13. Diagnóstico / Cid

14. Ass. do Paciente ou Responsável

15. Pol.

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

apoiado

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. Carim Profis

*A. CS no domicílio
retorno a toda
com enfermeira
Roberte
embryo das medicações
para curativos
15 dias*

2. Identificação do Paciente

Nome: *Donaldo Ojzmedez*

Sexo: *M*

Idade: *20-04-65*

Faixa Etária: _____

Endereço: *R. 7 de Setembro*

Bairro: _____

Município: *Chiapetta* UF: *RS*

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Po

3. Data do Atendimento

15/07/19

4. Hora do Atendimento

7. Grupo (Tabela 3)

14. Ass. do Paciente ou Responsável

Roberto Ojzmedez

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

16. Número Atendimento

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9. Motivo do Atendimento

feridas - recim - re

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. Carim Profis

*A. CS no domicílio
mat. George Martins
cheque no 2.1. Martins
Kurtz
03/04/2019
70340747671/1500 SUS
- Dna mente no peito
e no membrão.
quedo que irá marcar
no aparelho novo confus*

2. Identificação do Paciente

Nome: *George Martins*

Sexo: *masculino*

Idade: _____

Faixa Etária: _____

Endereço: *Corone R. Oliveira*

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

6. Tipo (Tabela 2)

13. Diagnóstico / Cid

15. Po

3. Data do Atendimento

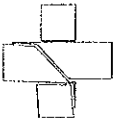

20/04/19

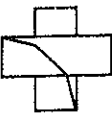

4. Hora do Atendimento

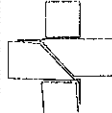

7. Grupo (Tabela 3)

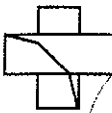

14. Ass. do Paciente ou Responsável



George Martins

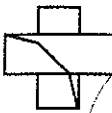

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. Número Atendimento	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
1. Unid. Prestadora de Atendimento		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos	12. Ass. e Carimbo d. Profissional
 Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS Secretaria Municipal de Saúde Rua Cel. Raul de Oliveira, 793 CHIAPETTA - RS Código SIA/SUS:				A. 09	deixa em bilhete no domicílio	
2. Identificação do Paciente		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. dir.
Nome: <u>Rosinei Rocha</u>		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável		
Sexo: <u>F</u>						
Idade: _____						
Faixa Etária: _____						
Endereço: <u>Rua Alameda</u>						
Bairro: <u>Corumbão</u>						
Município: _____ UF: _____						
3. Data do Atendimento	4. Hora do Atendimento					
<u>26.03.18</u>						

 SIA/SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		16. Número Atendimento	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
1. Unid. Prestadora de 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 d. Profissional
 Prefeitura Municipal de Chiapetta / RS Secretaria Municipal de Saúde Rua Cel. Raul de Oliveira, 793 CHIAPETTA - RS Código SIA/SUS:				A. 09	no domicílio	
2. Identificação do Paciente		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid		15. Pol. dir.
Nome: <u>Sandra Polay</u>		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável		
Sexo: _____						
Idade: <u>73</u>						
Faixa Etária: _____						
Endereço: <u>Rua 13 de Junho</u>						
Bairro: _____						
Município: _____ UF: <u>RS</u>						
3. Data do Atendimento	4. Hora do Atendimento					
<u>11.02.18</u>						

 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:		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Leuzine Klipstein</u> Sexo: <u>F</u> Idade: <u>20-1-69</u> Faixa Etária: _____ Endereço: <u>R. Michelangelo</u> <u>Chiapetta</u> Bairro: _____ Município: _____ UF: _____				<u>A. Cs</u>	<u>no domicílio</u>
3. Data do Atendimento: <u>21.03.19</u>		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid	
4. Hora do Atendimento: _____		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável	
				<u>Ednigo Pereska Borgatti</u> <u>DOM: 27/12/33</u> <u>700501A 263284 5+</u> <u>HA. cardiolo</u>	

 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:		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Volmir Botelho</u> Sexo: <u>M</u> Idade: _____ Faixa Etária: _____ Endereço: <u>R. Alameda</u> <u>Chiapetta</u> Bairro: _____ Município: _____ UF: _____				<u>A. Cs</u>	<u>deixou um bilhete no domicílio</u> <u>AUSENTE</u>
3. Data do Atendimento: <u>10.04.19</u>		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid	
4. Hora do Atendimento: _____		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável	

 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:		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Leuzine Klipstein</u> Sexo: <u>F</u> Idade: <u>20-1-69</u> Faixa Etária: Endereço: <u>R. Michelangelo</u> <u>Chiapetta</u> Bairro: Município: _____ UF: _____				<u>A. Cs</u>	<u>no domicílio</u>
3. Data do Atendimento: <u>21.03.19</u>		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid	
4. Hora do Atendimento:		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável	
				<u>Ednigo Peraska Borgatti</u> <u>DOM: 27/12/33</u> <u>70050.1A 263284 57</u> <u>HA. cardiolo</u>	

 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:		5. Código Especif. Ativ. Profis. (Tabela 1)	8. Código da Tabela de Procedimento SIA/SUS	10. Profissional / Setor	11. Tratamento Descrição dos Procedimentos
2. Identificação do Paciente Nome: <u>Volmar Botelho</u> Sexo: <u>M</u> Idade: Faixa Etária: Endereço: <u>R. Alameda</u> <u>Chiapetta</u> Bairro: Município: _____ UF: _____				<u>A. Cs</u>	<u>deixou um bilhete no domicílio</u> <u>AUSENTE</u>
3. Data do Atendimento: <u>10.04.19</u>		6. Tipo (Tabela 2)		13. Diagnóstico / Cid	
4. Hora do Atendimento:		7. Grupo (Tabela 3)		14. Ass. do Paciente ou Responsável	