

MODELO – ÍTEM 23



(19)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
FICHA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE
Rua Benedito Calixto, 260 - Itariri - SP

Unidade Prestadora

Nome: U.M.S. "Dr. Taminato Tion"

Cód. SUS/SP

Unidade Requisitante

Nome: _____ Cód. SUS/SP

Gestor: _____

Natural de: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Identificação do Cliente:

Nº RIC _____ Idade: _____ () a () m () d Sexo: () Fem. () Masc. () Ind. ()

Nome: _____

Endereço: _____

Município de Residência: _____ Cód. Mun. Residência _____ UF _____

Identificação do Atendimento:

Data ____/____/____ Tipo de Atendimento: _____ Cód. Tipo Atend. _____

HS.: _____ Grupo de Atendimento: _____ Cód. Grupo Atend. _____

Descrição do Exame Clínico:

Hipótese Diagnóstica:

Cód. Cid. 10ª _____

Procedimento:

Código SIA/SUS

Assinatura do Cliente

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

Encaminhamento do Cliente:

Cód. Enc. _____

Especialidade Profissional:

Cód. Esp. _____

Responsável Pelo Atendimento: Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____

PA _____ Temperatura _____ Diabetes _____ Horário _____

Alergia Medicamentosa _____ Quais _____

Dextro* FR

Observação

RÚBRICA/CARIMBO

Encaminhamento/Hora _____ () Obs. PA () Alta () Transferência _____