

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_  
CBO \_\_\_\_\_ MÊS/ANO \_\_\_\_\_ EQUIPE \_\_\_\_\_  
Proc. N°: 006112026  
Folhas N°: 12  
Visto: \_\_\_\_\_ FOLHA \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 1**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
Masc. ☐ Fem. ☐  
COD. LOGRADOURO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASS \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 2**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
Masc. ☐ Fem. ☐  
COD. LOGRADOURO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASS \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

**SEQUÊNCIA 3**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ RAÇA/COR \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ COD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_  
Masc. ☐ Fem. ☐  
COD. LOGRADOURO \_\_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
BAIRRO \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_ TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO REALIZADO**

DATA DO ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
SERVIÇO \_\_\_\_\_ CLASS \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_ CARATER DE ATENDIMENTO \_\_\_\_\_ Nº DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE \_\_\_\_\_ GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL \_\_\_\_\_  
CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_