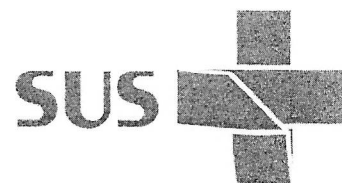


Formulário de Triagem



Nome: _____

CPF: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone: () _____

Primeira consulta?

☐ Sim ☐ Não

Motivo da Visita?

☐ Hanseníase

☐ Hepatite

☐ HIV

☐ Meningite

☐ Sífilis

☐ Outras

Está em tratamento?

☐ Sim ☐ Não

ATENÇÃO:

*É necessário apresentar **documento oficial com foto** no momento do atendimento na recepção e no início da consulta!*