



Ministério da Educação

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – Campus Salinas



FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO

NOME	Leonardo	DATA NASCIMENTO: 01/01/2000	NÚMERO CARTÃO SUS: Não possui
CURSO	Servidor	ENDEREÇO: Rua: Nº: Bairro: Município:	
DATA	ANAMNESE E EXAME FÍSICO	PRESCRIÇÃO/PROCEDIM ENTO	ASSINATURA/CARIMBO