

CNES:

CNPJ:

Forma Entrada:

Data/Hora:

Especialidade:

Natureza do Atendimento:

**Senha Totem:**

Tipo de Atendimento :

Nº Atendimento:

FAA:



Nome:

Idade:

Dt.Nasc.:

Endereço:

Nome Mãe:

Tel. Comercial:

Nome Social:

CPF:

Estado Civil:

Nome Pai:

Tel. Residencial:

Tel. Celular:

Prontuário:

RG:

CNS:

TOSSE ( )SIM ( )NÃO, Há 3 semanas ou mais? ( )SIM ( )NÃO

Data/ Hora	Médico	Especialidade	CID	RECURSO	FAA

AUTORIZO O CORPO CLÍNICO A PRATICAR QUALQUER TRATAMENTO NECESSÁRIO OU PRUDENTE

Responsável:

ASS.: \_\_\_\_\_

## PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

	Dor: _____
	P.A: _____ mm/HG
	FR: _____ IRPM
	FC: _____ BPM
	Temp: _____ °C
	Peso: _____ Kg
	Alt.: _____ cm IMC:
Alergia:	Spo2: _____ %
	Glicemia: _____ mg/dL

Medicação em uso:

ENFERMEIRO / DATA E HORA

TEC.AUX ENFERMAGEM / DATA E HORA

## PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL/ ANAMNESE / EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS/REALIZADOS

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA

ESP. PROCEDIMENTOS/SUS

Data/Hora da Dispensa

Assinatura(s) e Carimbo(s) - CRM