

|             |                                  |  |
|-------------|----------------------------------|--|
| Código CNES | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNS DO PROFISSIONAL                                    |
| CBO         | EQUIPE                           | MÊS/ANO <span style="margin-left: 100px;">FOLHA</span> |

| SEQ. | NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  | NOME DO PACIENTE |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | SEXO  | DATA NASCIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓD.IBGE MUNIC. RESIDENCIA |  |  |   |  |  |
|------|---|----------|-------|---------------------------------|--|--|---------------------|--|--|--|------------------|------|-------|--------|-------------|-----------------------|--|--|--|--|---|-----------------------------|----------------------------|--|--|---|--|--|
|      | NACIONAL  | RAÇA COR | ETNIA | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) |  |  | CÓDIGO PROCEDIMENTO |  |  |  | QTD              | SERV | CLASS | CID-10 | CAR. ATEND. | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |  |  |  |  |   |                             |                            |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |  |  |
| 01   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 02   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 03   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 04   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 05   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 06   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 07   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |
| 08   |   |          |       |                                 |  |  |                     |  |  |  |                  |      |       |        |             |                       |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                             |                            |  |  |   |  |  |

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

DATA / /