



SIA/SUS-RS
SISTEMA DE INFORMAÇÕES
AMBULATORIAIS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4. MOTIVO DO ATENDIMENTO:

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

CNES:

NOME DA UNIDADE:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO: UF:

5. CBO
(CÓDIGO BRASILEIRO
DE OCUPAÇÕES)

6. CÓDIGO DA
TABELA DE
PROCEDIMENTOS

7. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO
DOS PROCEDIMENTOS

8. ASSINATURA
E CARIMBO DO
PROFISSIONAL

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

CNS:

RAÇA/COR: SEXO:

DATA DE NASC: / / IDADE:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO: UF:

3. ASSINATURA DO PACIENTE
OU RESPONSÁVEL

9. CARÁTER
DO ATENDIMENTO

10. DIAGNÓSTICO

11. CID:

12. DATA