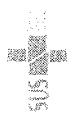




PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
DE CACHOEIRA DE MINAS - MG

Rua Inácio da Costa Rezende, 87 - Centro - Telefone: (35) 3472-1400



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

EQUIPE/UBS: _____

I. IDENTIFICAÇÃO:

Nº PRONTUÁRIO/FAMÍLIA: _____ CNS: _____

NOME: _____

D.N. ____/____/____ SEXO: () FEM. () MASC. TELEFONE: _____

FILIAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

II. CONDIÇÕES DE SAÚDE:

A. DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS:

() HAS () DM () ALC () EPI () HAN () DEF () TB () ACA () TAB
() Outros _____

B. MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: _____