



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MURIAÉ
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome do Paciente

Idade

Sexo

M

F

Nome da Mãe

Endereço

Número

Bairro

CPF

Identidade

CNS

Data

Funcionário Responsável

Motivo do Atendimento

Procedimentos Realizados

47

Material, Medicamentos Utilizados

Responsável pelo Atendimento
Assinatura e Carimbo

Assinatura do Paciente