



**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	5. CBO (CÓDIGO BRASILEIRO DE OCUPAÇÕES)	6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS	7. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	8. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
CNES:				
NOME DA UNIDADE:				
ENDEREÇO:				
MUNICÍPIO: UF:				
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		12. DATA
	_ _	11. CID:		/ /

## Tabela de Caráter do Atendimento

Codigo	Descricao
01	ELETIVO
02	URGENCIA
03	ACIDENTE NO LOCAL DE TRAB.OU A SERV.EMPR
04	ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
06	OUTROS TIPOS DE LESOES/ENV.POR AGENT.Q/F