



MODELO DA FICHA - ENCONTRADA RECENTEMENTE

REGISTRO DE PRONTO ATENDIMENTO

Ja está funcionando

Prefeitura Municipal de Ubá - MG

Médico

NOME

RADE

ENDEREÇO

SEXO

IDENTIDADE

ATIVO

INATIVO

DEP.

DATA / /

Responsável pela Autorização

QUEIXA PRINCIPAL

SINAIS E SINTOMAS

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

MEDICAÇÃO PRESCRITA

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

VOLTA: ALTA ENCAMINHADO A

Sim

Nº. DE DIAS

Não

FOI JUSTIFICADO O AFASTAMENTO DO TRABALHO:

Sim

HORÁRIO

Não

FOI JUSTIFICADO O COMPARECIMENTO AO SPA

DATA / /

Ass. do Médico (carimbo - nome - nº CRM)