



PACOTAPS

PROESF – UFPEL

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Nº Ordem _____

Nº Identificação _____

Unidade _____

Data ____/____/____

Área de abrangência

Nome _____

Sexo ____ Prontuário _____ Data de Nascimento ____/____/____ Raça /
Escol. ____ Cor ____

Para PSF: Área: _____ Micro-Área: _____ Bairro _____

Município _____ Tipo Atend. _____ Grupo _____

Ativ. Prof	Procedimento	Diagnóstico
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

Encaminhamento _____ Tipo de exame ou
Especialista _____

Tratamento - Descrição de Procedimentos

Atendimento Odontológico

Prescrição

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____