3001

**PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM - SC**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

**Número do Prontuário:** ______________________

**Unidade de Saúde:** ______________________

Nome: ______________________ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: ( ) F ( ) M

Mãe: ______________________ Pai: ______________________

Outros (cônjuge / responsável): ______________________

Naturalidade: ______________ Estado Civil: ______________ Escolaridade: ______________

Profissão: ______________ Local de Trabalho: ______________ Religião: ______________

Endereço: ______________________ Bairro: ______________

Município: XAXIM / SC CEP 89.825-000 Fone Residencial: ______________ Fone Comercial: ______________

Fumante? ( ) sim ( ) não CPF: ______________ RG: ______________ Cartão SUS: ______________

| DATA | ANOTAÇÕES DO ATENDIMENTO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |