

35

# MAPA PARA PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS DO SETOR DE FISIOTERAPIA

MÊS: ..... FISIOTERAPEUTA ..... CNS ..... CBO: 223605

OBS: PREENCHER TODOS OS CAMPOS, NÃO ABREVIAR OS NOMES

1	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									
2	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									
3	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									
4	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									
5	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									
6	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									
7	CARTÃO SUS	NOME	D. NASC.	COR	SEXO	DATA ATEND.	PROCEDIMENTO	QTD	CID
END: RUA ..... N° ..... BAIRRO ..... TELEFONE .....									

RAÇA/COR: 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDA 4 - AMARELA 5 - INDÍGENA

ASSINATURA/CARIMBO DO PROFISSIONAL