



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE
PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

Nº do Prontuário

Identificação da Unidade

Nome

CNPJ

Dados do Paciente

Nome

CNS

CPF

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

DDD

Nº DO TELEFONE

Município

UF

CEP

Data de nascimento

SEXO

Masc

Fem.

1

2

DECLARAÇÃO

**DECLARO QUE NO MÊS DE _____, O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA, FOI
SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, CONFORME ASSINATURAS DO
PACIENTE/RESPONSÁVEL ABAIXO.**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade

Nome/Assinatura do Paciente ou Responsável

CNS / CPF