

BPA I - Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PROFISSIONAL _____

CBO _____ MÊS/ANO _____ EQUIPE _____ FOLHA _____

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE _____ NOME DO PACIENTE _____

SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
Masc. Fem.

CÓDIGO DO GRADUADO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATADO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ CNPJ _____

SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DO ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE _____ NOME DO PACIENTE _____

SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
Masc. Fem.

CÓDIGO DO GRADUADO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATADO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ CNPJ _____

SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DO ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE _____ NOME DO PACIENTE _____

SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
Masc. Fem.

CÓDIGO DO GRADUADO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATADO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE _____ CNPJ _____

SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DO ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL	
CARIMBO	ASSINATURA	CARIMBO	ASSINATURA
DATA _____		DATA _____	