



# SANTO ANTONIO DE POSSE

UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE - USB

RUA: JOAQUIM DE BARROS ARANHA, Nº 112 - CENTRO - SANTO ANTONIO DE POSSE

CEP: 13830-140 - FONE: ( 19 ) 3896 - 9500 / EMAIL: SSOCIALDEPOSSE@HOTMAIL.COM

CROSS

UAC

SOL

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## FICHA DE PRÉ - CADASTRO DO PACIENTE

PACIENTE:

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

DATA NASC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Natural/Estado:

Nacionalidade:

COR:

Sexo:

Est. Civil:

Frequência Escolar?

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE: SANTO ANTONIO DE POSSE -  
CEP.

Tel.: Fixo:

Celular:

OUTROS:

RG.

UF

ORG. EMISSOR:

Data emissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF.

Nº DO CARTÃO

SUS:

**CASO PACIENTE NÃO POSSUIR RG (CRIANÇA)**

CERTIDÃO NASCIMENTO: ( ) Antiga ( ) Nova

CARTÓRIO - NOME:

LIVRO:

FLS:

TERMO:

Data emissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº DA MATRÍCULA:

Data emissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_