



PREFEITURA DA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA AP3.1
Rua São Godofredo s/nº - Penha CEP21021-230
Cap31@rio.rj.gov.br

RELATÓRIO DE VISITA – PACIENTES EM USO DE
OXIGENOTERAPIA

Unidade:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	NOME DO PACIENTE:			SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
	MATR/PRONTUÁRIO:	CPF:	IDENTIDADE:	DATA DE NASCIMENTO: / /
	ENDEREÇO:		CEP:	
	BAIRRO:	MUNICÍPIO:	TELEFONE(S):	

MOTIVO DA VISITA:

HISTÓRIA SUMÁRIA:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (CID):

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO USUÁRIO:

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: / /

DATA DA PRÓXIMA CONSULTA: / /

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E CARIMBO DO VISITADOR:

DATA: / /