

ANEXO I



Estabelecimento:
Equipamento/Profissional:
Especialidade: RADIOLOGIA
Agenda (REGULADA): ... /11 - ... -feira

Data: 18/11/2011

Hora: 14:37

Atend	Hora	Paciente	Procedimento	Tipo	Grupo	Diagnóstico	Procedimentos Adicionais
☐	07:00	Nome Data de Nascimento : Prontuário: Idade :	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	Reserva Técnica			
☐	07:40	Nome de Nascimento : Telefone : Prontuário: Data Idade :	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE 3 VASOS)	Reserva Técnica			
☐	08:20	Nome Data de Nascimento : Prontuário: Idade :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	08:30	Nome Prontuário: Data de Nascimento : Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	Primeira Vez			
☐	08:40	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	08:50	Nome Data de Nascimento : Telefone : Prontuário: Idade :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	09:00	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	09:10	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	09:20	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	09:30	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	09:40	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	Primeira Vez			
☐	09:50	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	10:00	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	Primeira Vez			
☐	10:10	Nome Data de Nascimento : Prontuário: Idade :	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	Primeira Vez			
☐	10:20	Nome Nascimento : Prontuário: Data de Idade : Telefone :	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	Primeira Vez			

UTILIZAR OS CAMPOS (Diagnóstico
e Procedimentos Adicionais) PARA
ASSINATURA DO PACIENTE