

**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JARDIM DA SERRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**BOLETIM DIÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**

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

Nº	Nome do Paciente	Código Doença	Código Idade	Idade	Sexo	Procedimento/Diagnóstico	Localidade	Rural Urbana
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

NOME: \_\_\_\_\_

ASS.: \_\_\_\_\_