LISTA DE PRESENÇA DE PACIENTES *(*GUIA DE REQUISIÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS)*

PRESTADOR: _____

MUNICÍPIO: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MUNICÍPIO (OBRIGATÓRIO)

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESTADOR (OBRIGATÓRIO)

Nº da Guia* CISAMREC (obrigatório)	Nome legível do(a) Paciente	Nº do Cartão Nacional do SUS - CNS	Assinatura do Paciente / ou responsável (INFORMAR O CPF)