



HOSPITAL HÉLIO MONTEZANO DE OLIVEIRA  
AV. JOÃO JASBICK, 520 - BAIRRO AEROPORTO - S. A. DE PÁDUA - RJ

### BOLETIM DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO (P)

Nº de Atendimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo  M  F  
Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Portador de Necessidade Especial  SIM  NÃO Especifique: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE**

Como chegou:

Encaminhado Por: \_\_\_\_\_  
 Demanda Espontânea  Indicação de outro usuário atendido pelo serviço social  
 Trazido por Viatura  PM  Bombeiros  
 Paciente Internado Localização: \_\_\_\_\_  
 Faz Tratamento de Saúde Especifique: \_\_\_\_\_  
 Faz TFO Especifique: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATENDIMENTO:**

Objetivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anotações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo: \_\_\_\_\_