



PSJC

SECRETARIA DA SAÚDE
ABERTURA DE PROCESSO
INTEIRO TEOR

DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA:

D A D O S P A R A C O R R E S P O N D Ê N C I A	NOME DO REQUERENTE		
	Nº CPF / CNPJ		Nº RG
	ENDEREÇO		Nº
	BAIRRO		CEP
	CIDADE		ESTADO
	TELEFONE - RESIDENCIAL	COMERCIAL	CELULAR
	E-MAIL		

EXCELENTÍSSIMO SR. PREFEITO MUNICIPAL, VENHO RESPEITOSAMENTE REQUERER A VOSSA EXCELÊNCIA:
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO E/OU FICHA DE ATENDIMENTO

D A D O S D O P A C I E N T E P A R A I N T E I R O T E O R	NOME DO PACIENTE				
	DATA NASCIMENTO		Nº DO CRA		MENOR DE IDADE: SIM() NÃO()
					INCAPAZ: SIM() NÃO()
					FALECIDO: SIM() NÃO()
	NOME DA MÃE				
	LOCAL DO ATENDIMENTO(SOMENTE DE UNIDADES PUBLICAS DE SAÚDE DA PMSJC)				DATA DO ATENDIMENTO
					____/____/____
					____/____/____
					____/____/____
					____/____/____
EM SE TRATANDO DE ATENDIMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DEVERÁ SER SOLICITADO SEPARADAMENTE					
CIRURGIA	CLINICA MÉDICA	MATERNIDADE	ORTOPEDIA	PEDIATRIA	OUTRO TIPO DE ATENDIMENTO QUE FOI PRESTADO

