



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

