

**PMSJC****SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS  
REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE PROCESSO  
INTEIRO TEOR****DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA (EM CASO DE PRONTUÁRIO MÉDICO, PREENCHER EM NOME DO PACIENTE)**

<b>DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA</b>	NOME		
	Nº CPF / CNPJ		Nº RG
	ENDEREÇO		Nº
	BAIRRO	COMPLEMENTO	CEP
	CIDADE		ESTADO
	TELEFONE – RESIDENCIAL	COMERCIAL	CELULAR
	E-MAIL		

**EXCELENTÍSSIMO SR. PREFEITO MUNICIPAL, VENHO RESPEITOSAMENTE REQUERER A VOSSA EXCELÊNCIA:**

<b>DADOS INTEIRO TEOR PROCESSO/PROJETO</b>	<b>CÓPIA DE PROCESSO(S) OU PROJETO(S)</b>		
	<input type="checkbox"/> FÍSICO <input type="checkbox"/> ELETRÔNICO <input type="checkbox"/> MICROFILMADO (CONFORME DISCRIMINADO NO FORMULÁRIO DE PROCESSO MICROFILMADO)		
	<b>Nº PROJETO / PROCESSO</b>	<b>CÓPIA INTEGRAL (S / N)</b>	<b>DISCRIMINAR AS FOLHAS</b>
	<b>CÓPIA DE OUTROS DOCUMENTOS</b>		

**CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO E/OU FICHA DE ATENDIMENTO**

<b>DADOS INTEIRO TEOR PRONTUÁRIO MÉDICO</b>	NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____	Nº DO PRONTUÁRIO
	NOME DA MÃE		
	<b>LOCAL DE ATENDIMENTO</b> (SOMENTE DE UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE DA PMSJC)		<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>
			____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____
			____ / ____ / ____
<b>EM SE TRATANDO DE ATENDIMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DEVERÁ SER SOLICITADO SEPADARADAMENTE</b>			
ESPECIFICAR NO TIPO DE ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> CIRURGIA <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> MATERNIDADE <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> OUTRO TIPO DE ATENDIMENTO QUE FOI PRESTADO			

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE CÓPIA DO PROCESSO / PROJETO

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE CÓPIA DE DOCUMENTO DO PACIENTE

DPVAT       PERICIA INSS       OUTROS - ESPECIFICAR ABAIXO

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO DE CÓPIA DE SOLICITAÇÃO DA CENTRAL 156

SOLICITAÇÃO FOI FEITA COMO SIGILOSA?

SIM (SE SIM, DEVERA LIGAR NA CENTRAL 156 E RETIRAR O SIGILO)       NÃO

**ESTOU CIENTE DO VALOR DE CADA FOLHA COPIADA: (EXCETO DOCUMENTOS DO PACIENTE)**

SIMPLES - R\$ 0,15       AUTENTICADA - R\$ 0,50       PROJETO AUTENTICADO - R\$ 3,00       MICROFILMADA E AUTENTICADA - R\$ 4,00

SERÁ COBRADO O CUSTO DO BOLETO BANCÁRIO DE R\$ 2,80 (DOIS REAIS E OITENTA CENTAVOS)

**DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE REQUERIMENTO, NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.**

NOME COMPLETO POR EXTENSO

Estou ciente que os meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis informados serão tratados por essa municipalidade, de acordo com o art. 7º, incisos II e III, da lei federal N. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados e art. 5º, inciso I, do decreto municipal N. 18.855/2021.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE