PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

OBS: APENAS O PRÓPRIO PACIENTE PODE REQUERER A CÓPIA DA FICHA, OU O RESPONSÁVEL NO CASO DE MENORES DE IDADE

DATA DA SOLICITAÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO: | SEXO: | MASCULINO | FEMININO | IDADE:

TELEFONES:

DATA DA CONSULTA: | NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO:

OBS.: O NÃO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS **DATA DO ATENDIMENTO** E **NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL** PODERÁ IMPLICAR NA **NÃO LOCALIZAÇÃO DA FICHA**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA DO REQUERENTE

ASSINATURA DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A SOLICITAÇÃO

ASSINATURA DE QUEM RETIROU A SOLICITAÇÃO

ASSINATURA PROFISSIONAL QUE ENTREGOU A SOLICITAÇAO

DATA DA RETIRADA

PRONTO ATENDIMENTO:

ENDEREÇO:

TELEFONE: