



1 IP@ 2/	h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIM	MENTO

Nº. Pront.: _	
Data certa: _	//
Hora certa: _	<b>:</b>

DATA DE SOLICITAÇÃO:/ HORA:	ii	
SOLICITAÇÃO DE: OCÓPIA (	ATESTADO ORELATÓRIO MÉDICO	
Solicitação do Próprio Pacien	te Solicitação do Responsável Legal	
Nome do Paciente:		
CPF: RG	:, Idade:	
Endereço:	Nº	
Bairro: Município	D:	
TELEFONE CONTATO:		
Nome completo do Responsável :		
CPF: RG:	RESPONSABILIDADE:	
○DPVAT ○Boletim de Ocorrência ○Ac ○Outros:	cidente de Trabalho OBenefício OÓbito	
Data do atendimento:	// Hora aprox.::	
Período que ficou na unidade:		
<u>Descrição do ocorrido:</u>		
Motivo do atendimento: Queda de moto Acid. MotoxMoto Acid. MotoxCarro Acid. Carro Atropelamento FAF FAB Agress. Física Acid. Trabalho Outro:		
<b>Veio de:</b> OSAMU OGBM OAmbul. Ti	ipo "A" (Veic. Particular (Deambulando	
<b>Transferido p/:</b> HSJ H. Metropolitano PARAGOMINAS H.R. CAPANEMA Libera		
	DATA PREVISTA://	
Assinatura:		
Secretaria Municipal de SAÚDE Costanhal  PREFETURA DE CASTANHAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CORDENAÇÃO DE UNGENCIA E EMERGÊNCIA UPA 2 dh "GOV. ALMIR GABRIEL"	Solicitante: O Próprio paciente Responsável Legal Responsável: Vínculo:	
Nome do paciente:		
Data prevista de Entrega://	Das 08h30 às 15h	
Cópia de documentação pendente? (Si	_	
Qual(is): RG CPF Paciente Re	_	
Autorizo o(a) Sr'(a)	9	
deste paciente na UPA Castanhal. Assinatu	a receber a cópia de prontuário	
deste paciente na UPA Castanhal. Assinatu Recai sobre o prontuário sigilo médico. Portanto faz-se	a receber a cópia de prontuário  Ira: necessário a autorização, por escrito, do paciente, responsável legal,	
deste paciente na UPA Castanhal. Assinatu Recai sobre o prontuário sigilo médico. Portanto faz-se ou ordem judicial, para a liberação de cópia de seu b	ra:	