

DATA DE SOLICITAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____

Nº. Pront.: ____
Data certa: ____/____/____
Hora certa: ____:____

SOLICITAÇÃO DE: ☐ CÓPIA ☐ ATESTADO ☐ RELATÓRIO MÉDICO

☐ Solicitação do Próprio Paciente ☐ Solicitação do Responsável Legal

Nome do Paciente: _____

CPF: _____ RG: _____, Idade: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Município: _____

TELEFONE CONTATO: _____

Nome completo do Responsável: _____

CPF: _____ RG: _____ RESPONSABILIDADE: _____

☐ DPVAT ☐ Boletim de Ocorrência ☐ Acidente de Trabalho ☐ Benefício ☐ Óbito

☐ Outros: _____

Data do atendimento: ____/____/____ Hora aprox.: ____:____

Período que ficou na unidade: _____

Descrição do ocorrido:

Motivo do atendimento: ☐ Queda de moto ☐ Acid. MotoxMoto ☐ Acid. MotoxCarro
☐ Acid. Carro ☐ Atropelamento ☐ FAF ☐ FAB ☐ Agress. Física ☐ Acid. Trabalho
☐ Outro: _____

Veio de: ☐ SAMU ☐ GBM ☐ Ambul. Tipo "A" ☐ Veic. Particular ☐ Deambulando

Transferido p/: ☐ HSJ ☐ H. Metropolitano ☐ H. Maradei ☐ H. Divina Providência ☐ H.R.

PARAGOMINAS ☐ H.R. CAPANEMA ☐ Liberado(alta) ☐ Outro: _____

DATA PREVISTA: ____/____/____

Assinatura: _____

Solicitante: ☐ Próprio paciente ☐ Responsável Legal

Responsável: _____

Vínculo: _____

Nome do paciente: _____

Data prevista de Entrega: ____/____/____ Das 08h30 às 15h

Cópia de documentação pendente? ☐ Sim ☐ Não

Qual(is): ☐ RG ☐ CPF ☐ Paciente ☐ Responsável ☐ : _____

Autorizo o(a) Sr^l(a) _____ a receber a cópia de prontuário deste paciente na UPA Castanhal. Assinatura: _____

Recai sobre o prontuário sigilo médico. Portanto faz-se necessário a autorização, por escrito, do paciente, responsável legal, ou ordem judicial, para a liberação de cópia de seu boletim médico a terceiros. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018.

¹ - Apresentar documento de identidade original para recebimento.