



PREFEITURA DE
Guararema

TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO - SEMS

PROTOCOLO

Ao
Prefeito Municipal de Guararema

Nome do paciente: _____
Data de nascimento: _____ Idade: _____
Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____
Município: _____ Complemento: _____ CEP: _____ - _____ UF: _____
E-mail: _____ Telefone: _____ Celular: _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ Data de Expedição: ____/____/____
CPF: _____ Certidão de Nascimento: (anexar cópia) _____
Município de origem: _____
Número Cartão do SUS: _____

Solicitação: 1º Atendimento fora do Município Alimentação
 Em tratamento (Anexar comprovantes) Alimentação e Pernoite

IDENTIFICAÇÃO - SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Tipo de atendimento: _____
Destino - Município e Prestador de Serviço: _____
Data do atendimento: _____
Previsão de dias: _____
Laudo Médico: SIM NÃO

DADOS BANCÁRIOS

Nome: _____
Grau de parentesco: _____
RG: _____ CPF: _____
Telefone: _____
Conta: _____
Banco: _____
Agência: _____

Guararema, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO REQUERENTE