



**CORPO DE BOMBEIROS MILITARES DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
FICHA DE SOLICITAÇÃO E TRIAGEM PARA TRANSPORTE
ELETIVO DE PACIENTE**

DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: _____

IDADE: _____

CPF: _____

MILITAR: () SIM () NÃO

PARENTE DE MILITAR: () SIM () NÃO

SE SIM NO ÚTIMO ITEM, QUAL O GRAU DE PARENTESCO? : _____

ESTADO DE SAÚDE:

ENDEREÇO INICIAL: _____

ENDEREÇO FINAL: _____

DATA DO TRANSPORTE: _____

HORÁRIO DO ATENDIMENTO NO LOCAL AO QUAL SE DESTINA O TRANSPORTE:

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: _____

POSSIVEL HORÁRIO DO RETORNO: _____

PODE SENTAR-SE OU FICAR EM CADEIRA DE RODAS? _____

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO SOLICITANTE

**Enviar essa Ficha de Solicitação e Triagem preenchida para o contato via
Whatsapp (83) 99421-9633.**