



SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PRONTUÁRIO

Eu, _____
 Inscrito no RG _____, e no CPF/MF _____.
 Residente e domiciliado ao endereço _____,
 Bairro _____, Cidade _____, CEP _____, telefone para
 contato _____, venho pela presente, SOLICITAR cópia do prontuário do
 paciente: _____, relacionado
 ao período de _____ a _____, para fins de
 _____.

Autorizo (a) Sr.(a) _____,
 portador do RG _____ e CPF _____, a
 retirar cópias do meu prontuário junto ao Hospital São Francisco.

Declaro estar ciente que será cobrado a importância de R\$ 0,30 (trinta centavos de real)
 por folha, para extração das cópias ora requisitadas.

TIPO DE SOLICITAÇÃO: Ambulatorial () Internação () Declaração () Exame () .

Sem mais,

Ribeirão Preto, ___ de ___ de 20__.

Assinatura (com firma reconhecida)

Data: ___ / ___ / ___