

PROTOCOLO: _____

SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO

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

Declaro estar ciente que será cobrado o valor de R\$ 0,30 (trinta centavos) 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 em Cartório)

Data: ____/____/____

Recebi: _____