



_____, ____/____/____

Ao IRG Hospital – Instituto do Rim

Assunto: Solicitação Cópia de Prontuário Médico

Eu, _____ portador do RG: _____ e

CPF: _____ - _____, residente e domiciliada a

_____ ,

venho solicitar por meio deste a cópia do prontuário médico, referente ao atendimento

prestado ao paciente _____ no

período de ____/____/____ a ____/____/____, com o

Dr.(a) _____ CRM _____ com finalidade

de _____.

Autoriza o envio por e-mail?

Sim () e-mail _____

Não()

Telefone para contato: () _____ - _____

Atenciosamente,

Requerente (obrigatório reconhecimento de firma)

Documentos Apresentados:

- ✓ Cópia Carteira de Identidade()
- ✓ Cópia Certidão de Nascimento (menor)()
- ✓ Cópia de Certidão de Casamento()
- ✓ Certidão de óbito()

Prazo estimado para entrega: 07 (sete) dias úteis

Obs. 1: Verificar as regras de solicitação anexa ao formulário;

Obs. 2: Será cobrado o valor de R\$ 0,40 (por folha) na entrega da cópia.

Recebido – IRG Hospital

Nome: _____

Data: ____/____/____