

Requerimento de Cópia de Prontuário Médico

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

DADOS DO SOLICITANTE

Nome completo: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

VÍNCULO DO SOLICITANTE COM O PACIENTE

☐ Próprio paciente ☐ Representante legal ☐ Procurador/representante autorizado

REQUERIMENTO

Eu, identificado(a) acima, venho, por meio deste, requerer formalmente ao Hospital de Clínicas Ijuí a cópia do prontuário médico do paciente identificado neste requerimento.

Declaro estar ciente de que, para a liberação da documentação, deverá ser apresentada documentação de identificação adequada do solicitante e, quando aplicável, documentação que comprove sua condição de representante legal ou autorização para solicitação e retirada da cópia do prontuário.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- ☐ Documento de identificação do solicitante
- ☐ Documento de identificação do paciente
- ☐ Comprovante de representação legal, quando aplicável
- ☐ Procuração/autorização, quando aplicável

Local: Ijuí/RS, _____ de _____ de _____.

Assinatura do solicitante:

Contatos para encaminhamento da solicitação:

Email: same@hci.org.br

WhatsApp: 55 9725-8868