

Nome do solicitante( caso não seja paciente): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

( ) Cópia de prontuário parcial

( ) Cópia de prontuário integral

( ) Preenchimento de relatório médico

( ) Declaração

Motivo da solicitação (preencher pelo paciente/solicitante – próprio punho):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou solicitante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Falar com: \_\_\_\_\_

**OBS: PRAZO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA, PODERÁ SER DE ATÉ 15 DIAS ÚTEIS.**

Aprovação: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

O solicitante é: ( ) Próprio paciente ( ) Representante legal ( ) Responsável internação

\_\_\_\_\_  
Triagem SAME

\_\_\_\_\_  
Dir.Técnica/Clínica