

REQUISIÇÃO DE CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Eu, _____, portador do CPF
_____, R.G _____, data de nascimento _____
endereço completo _____, solicito a cópia
integral do prontuário médico do paciente abaixo indicado, relativo ao período de ___/___/___ a ___/___/___.

Nome completo do paciente: _____

CPF _____

Autorizo _____, portador
do CPF _____, R.G _____, a retirar a cópia integral do
prontuário solicitado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____.

Documentos obrigatórios para requisição de prontuário médico

Próprio Paciente

Cópia do RG, Requisição preenchida, assinada e com firma reconhecida.

Cônjuge/ Companheiro

Certidão de casamento/ escritura pública de união estável/ decisão judicial que reconheça a união, juntamente com a Requisição assinada e com firma reconhecida.

1º grau – Pais/ Filhos

Documentos comprobatórios, juntamente com a Requisição assinada e com firma reconhecida.

2º grau – Irmãos/ Avós/ Netos

Documentos comprobatórios, juntamente com a Requisição assinada e com firma reconhecida.

