



HOSPITAL
ADVENTISTA
do PÊNFIGO

Você em Boas Mãos

Solicitação de Cópia de Prontuário

Form.:
147/2
Pág: 1/1
Vias: 01
frente /
verso

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS - www.penfigo.org.br

Eu, _____

Nacionalidade: _____ Profissão: _____

Estado Civil: _____, RG: _____ SSP/_____, CPF: _____/_____/_____/_____

Residente à (rua, Av.): _____ nº _____

Vila: _____, Cidade: _____ UF: _____

Telefones para contato: _____/_____/_____

Venho por meio desta REQUERER cópia do prontuário médico e internação do (a) paciente:

Dos atendimentos: _____ Data: ____/____/____

Motivo da solicitação: _____
Pede deferimento.

Médico responsável: _____ convênio: _____

Campo Grande/MS ____/____/____.

Obs: será cobrado o valor de 0.15 centavos por cópia.

Assinatura

Refere-se o requerimento:

Encarregado SAME: _____ data: ____/____/____

Gerente Médico: _____ data: ____/____/____

Assessor Jurídico: _____ data: ____/____/____

Recibo

Recebi do Hospital Adventista do Pênfigo, cópia do prontuário médico por mim requerida,
com _____ cópias, legíveis, sendo de minha responsabilidade a utilização da mesma.

As folhas se encontram carimbadas com a indicação data em que foi feita a cópia.

Campo Grande/MS _____ / _____ / _____

Assinatura

Funcionário responsável pela entrega das cópia: _____.