

PROCURAÇÃO

_____ (paciente),
portador do RG nº _____ e do CPF no. _____,
residente e domiciliado na rua: _____
_____, nº _____ nomeia e constitui seu bastante procurador
o(a) Sr.(a) _____,
R G no. _____, CPF no. _____, residente e
domiciliado na rua: _____
nº _____, na cidade de _____ a quem confere os
mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o fim especial de comparecer junto
ao Hospital Dona Balbina – Irmandade de Misericórdia de Porto Ferreira, para
requerer a Cópia de seu prontuário médico, total ou parcial, podendo, ainda, pagar
quaisquer impostos, tributos e taxas; praticar, enfim, todos os demais atos
necessários para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato.

Porto Ferreira/SP, ____/____/_____.

Assinatura do Paciente

De Acordo:

Assinatura do Procurador