



IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DE PORTO FERREIRA
Rua Dr. Carlindo Valeriani, 337 Centro Tel: (19) 3589-5500
CEP: 13660-017 Porto Ferreira – SP
CNPJ: 55.189.930/0001-27

Declarada de Utilidade Pública Municipal - Lei nº 931 de 01/09/1970
Declarada de Utilidade Pública Estadual - Lei nº 2824 de 30/04/1981
Declarada de Utilidade Pública Federal - Lei nº 86431 de 02/10/1981

Ilustríssimo Senhor Doutor Diretor Técnico do Hospital Dona Balbina

Assunto: Solicitação de Cópia de Prontuário Médico.

Internação - Período de Internação: ____/____/____ à ____/____/____

Prontuário nº: _____ Registro nº _____

Convênio: _____ Médico Assistente: _____

Ficha de Atendimento Ambulatorial – FAA – Data do Atendimento: ____/____/____

Prontuário nº: _____ Registro nº _____

Convênio: _____

Dados do Solicitante

Nome Completo: _____

RG: _____ Telefone Celular: _____ Fixo: _____

Endereço: _____ Número: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Parentesco/Tipo: _____ E-mail: _____

Dados do Paciente

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Motivo da Solicitação

____/____/____

Data

Assinatura do Solicitante

Despacho do Diretor Técnico: () Deferido () Indeferido

____/____/____ Ass.: _____

Recibo de Entrega de Cópia de Prontuário Médico

Declaro estar recebendo neste ato cópia do prontuário médico acima citado.

____/____/____ Ass.: _____



Recibo de Requerimento de Cópia de Prontuário Médico.

Requerente: _____

Paciente: _____

- Prazo para Retirada: de **15 a 30 (quinze a trinta) dias** após a liberação pela Diretoria Clínica/Técnica do Hospital. Horário das **13h às 16h** de segunda a sexta-feira.
- A cópia ficará disponível para retirada por **30 (TRINTA) dias** e será inutilizada após esse prazo.

_____/_____/_____
Data

Receptor: