



## REQUERIMENTO

Autor (a) do requerimento: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

( ) paciente ( ) mãe ( ) pai ( ) filho (a) ( ) avô (ó) ( ) neto (a) ( ) bisavô (ó) ( ) bisneto (a)

Responsável legal por:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Venho, respeitosamente, à presença de vossa senhoria, **REQUERER** que seja disponibilizado **cópia** do (a):

( ) Prontuário de Internação / Período: \_\_\_\_\_

( ) Ficha de Atendimento / Período: \_\_\_\_\_

( ) Exames complementares / Período: \_\_\_\_\_

Fernandópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*assinatura*

Data do protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RETIRADA DOS DOCUMENTOS APÓS 10 (DEZ) DIAS ÚTEIS**

