

RELATÓRIO MÉDICO

Eu,

RG: Órgão de Expedição:

Residente e domiciliado:

Cidade: Estado:

Venho através do presente requerer: RELATÓRIO MÉDICO

Nome do(a) paciente:

Data de Nascimento:

Atendido nesta unidade em:

Para fins de:

Grau de parentesco:

Representante Legal?: SIM OBS: Se a resposta for sim, apresentar procuração.

NÃO

O requerente declara sob as penas da lei que todos os documentos, informações e finalidades contidas no requerimento, são verdadeiras e corretas, sendo por ele conferido antes da assinatura do mesmo. E está ciente que o prazo de entrega é de 20 dias úteis, caso não ocorra nenhum IMPEDIMENTO no preenchimento do prontuário.

Contato Tel: () Anápolis, ____/____/____.

Assinatura do Requerente

Recepcionista: PRONTUÁRIO Nº:

Assinar, reconhecer firma da assinatura no cartório por verdadeira e trazer o requerimento de volta p/ o hospital com duas cópias autenticadas dos documentos pessoais do requerente e do paciente e certidão de casamento em caso do requerente ser esposo (a):

Código: EHUANA.0207

Revisão: 00

Implantação: 27/03/2018

PROTOCOLO Nº

Hospital Estadual de Urgências de Anápolis Dr. Henrique Santillo

PRAZO DE ENTREGA: 20 DIAS ÚTEIS A PARTIR DA DATA DE DEVOLUÇÃO DESTES REQUERIMENTO ASSINADO E RECONHECIDO FIRMA NO CARTÓRIO, CASO NÃO HAJA NENHUM IMPEDIMENTO NO PRONTUÁRIO

Paciente:

Não atendemos no horário das 13:30 h às 16:30 h. Informações e atendimento ligar: 3311-9188 de segunda a sexta, das 08:30 às 13:30 e das 16:30 às 17:30 Hs. FALAR COM ALESKA

Código: EHUANA.0207

Revisão: 00

Implantação: 27/03/2018