

EXMO SR. PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP

Eu, _____ abaixo-assinado,

R.G. _____ CPF. _____

residente e domiciliado à Rua /Av. _____,

nº _____, Bairro, _____, CEP _____,

município de _____

venho mui respeitosamente solicitar _____

Santa Cruz das Palmeiras, _____ de _____ de _____.

SOLICITANTE

Telefone para contato (): _____

E-Mail: _____



Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
Santa Cruz das Palmeiras – SP

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

I. DADOS DO REQUERENTE

NOME DO REQUERENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO _____
RG: _____ CPF _____ TELEFONE _____
UNIDADE DE SAÚDE: _____

II. DECLARAÇÃO

O requerente, acima qualificado, vem requerer a cópia do prontuário médico:

() Do próprio requerente;

() De terceiros;

Nome: _____ Grau de Parentesco _____ DN ____/____/____

III. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (A SEREM ANEXADOS)

Próprio paciente: cópia simples de RG

Filho(a) menor: cópia simples do RG do requerente e cópia simples do RG ou certidão de nascimento do(a) menor;

Familiar falecido: Cópia do RG do requerente e certidão de óbito que contenha informação que comprove parentesco com o requerente.

Familiar vivo: em caso de incapaz, cópia simples do termo de interdição assinado por juiz nomeando Tutor /Curador ou procuração pública dando poderes de representação;

O requerimento deverá estar datado e assinado igual assinatura que consta no RG, cópia simples do RG do paciente, e cópia simples do RG do requerente; nos demais casos, cópia simples da ordem judicial solicitando a cópia do prontuário, acompanhada da cópia simples do RG do requerente.

Terceiros: mediante procuração pública ou autorização judicial.

IV. FINALIDADE

A presente solicitação se faz necessária para fins de:

() INSS ou outro instituto de previdência (aposentadoria, pensões, perícias)

() Seguro de vida, seguro DPVAT ou demais demandas financeiras

() Questões judiciais diversas, como heranças, ou outras

() Outros, explicar: _____

Declaro, sob as penas da legislação em vigor, que todas as informações prestadas são atualizadas e verdadeiras, e que a solicitação tem legítima motivação.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO REQUERENTE
--------------	--------------------------