

REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

PRÓPRIO PACIENTE

Eu, _____,
estado civil _____, nacionalidade _____,
naturalidade _____, data de nascimento _____,
nº do CPF _____, nº do R.G. _____,
endereço completo _____,

solicito a extração de cópias do meu prontuário médico relativo ao período de
(__/__/____) a __/__/____).

Favor sinalizar Hospital referente a solicitação

- Hospital São Lucas
 Hospital São Lucas Ribeirania
 Hospital Especializado de Ribeirão Preto

Informamos que as cópias não serão físicas e sim digitalizadas, e serão enviadas para o e-mail informado abaixo.

E-mail:

Cópia digitalizada valor de R\$ 0,15 por página + taxa arquivamento e desarquivamento.

Para maior clareza, firmo o presente,

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinar e reconhecer firma da assinatura

Data:

Diretoria Clínica

Data:

Enfermagem

Telefone p/ contato 1: () _____

Telefone p/ contato 2: () _____

Observações

1. Após o preenchimento e reconhecimento de firma documento scaneado deverá ser enviada através do e-mail: prontuario@gruposaolucas.com.br.
2. O prazo para envio do link do arquivo será de até 30 (trinta) dias.
3. O envio do link fica condicionado ao pagamento, sendo a contagem do prazo para envio a partir do recebimento.
4. Pedidos irregulares (que não atendam às exigências) não serão aceitos.
5. Documentação adicional poderá ser solicitada pelo Hospital após análise da Requisição.

