



Responsável Técnico
Dra Fernanda Caldeira
CRM 101062 SP

Solicitação de cópia de prontuário

Eu, _____

Portador do RG _____ e CPF _____ Solicito a

cópia do prontuário do paciente _____

_____, que esteve sob cuidados desta clínica

no período de ___/___/___ a ___/___/___.

Motivo da solicitação:

São José dos Campos, _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

Assinar e reconhecer firma da assinatura.

Unidade São José dos Campos: Av. Nove de Julho, 645 - Jardim Apolo, São José dos Campos - SP, 12243-000

Unidade São Paulo: R. Américo Salvador Novelli, 154 7º Andar – Sl. 703 – Itaquera, São Paulo – SP, CEP: 08210-090

Administrativo: Av. Dr. Nelson d'Ávila, 389 6º Andar – Sl. 061 - Centro, São José dos Campos - SP, 12245-030

www.valeinfusoes.com.br (12) 99220-8753