

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](http://www.valeinfusoes.com.br) (12) 99220-8753