



Mário Palmério  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO E RELATÓRIOS MÉDICOS - PACIENTE

Eu \_\_\_\_\_, com Registro hospitalar nº \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, telefones:  
( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_, solicito ao *Mário Palmerio Hospital Universitário*:

**Cópia de Prontuário:**

Período/Ano: \_\_\_\_\_

**Cópia de exames/ Paciente Internado:**

Exames solicitados: \_\_\_\_\_

Período/Ano: \_\_\_\_\_

**Relatório médico**

Período/Ano: \_\_\_\_\_

**Finalidade:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DPVAT            | <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA    | <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA |
| <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE | <input type="checkbox"/> AUXÍLIO ACIDENTE  | <input type="checkbox"/> AFASTAMENTO   |
| <input type="checkbox"/> JUDICIAL         | <input type="checkbox"/> TRATAMENTO MÉDICO | <input type="checkbox"/> OUTROS        |

**Descrição da Solicitação:** \_\_\_\_\_

**Forma de envio:**

E-mail (gmail): \_\_\_\_\_

Cópia Física

**Observação: O MPHU, por meio do serviço de solicitação de Prontuário, informa que a solicitação acima descrita poderá ser atendida em até 30 dias.**

Ciente das informações declaradas, concordo com a observação acima descrita.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura Solicitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Colaborador (MAT)