Fundação Educacional Serra dos Órgãos
Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano
Setor de Arquivo e Prontuário do Paciente
Formulário para requisição de documentos

Dados do paciente: **Prazo:30 dias**

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Identidade: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Endereço: _____

Tipo de solicitação

- ☐ Prontuário Integral
- ☐ BAM - Boletim de Atendimento Médico
- ☐ Ficha Ambulatorial

Período de Atendimento: _____ a _____

Observações: _____

- ☐ O solicitante é o próprio paciente
- ☐ O solicitante é representante legal do paciente

Dados do solicitante:

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Identidade: _____ CPF: _____

Telefone: _____ Endereço: _____

Data da solicitação: _____

Assinatura do solicitante: _____

Horário de atendimento: De segunda a sexta, de 8h as 12h/13h as 16h (exceto feriados)
Telefone: (21) 2741-4900 Ramal: 5430
E-mail: dochospitalar@unifeso.edu.br