

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS PELO PACIENTE

Nome do paciente:

RGP:

RG/CPF do paciente:

Telefone de contato:

Venho, por meio deste, solicitar: _____

Motivo da solicitação: _____

Desejo que encaminhe os documentos solicitados (preencha apenas uma opção):

Por e-mail: _____

Eu mesmo retirarei os documentos solicitados

Autorizo a pessoa _____, RG/CPF:
_____ a retirar o documento em meu nome, ou o motorista da
cidade: _____.

Assinatura do paciente precisa ser igual ao documento de identidade:

Data: ____/____/2026