



**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE
E À INFÂNCIA DE CUIABÁ**

Entidade Mantenedora

SOLICITAÇÃO DE ACESSO A PRONTUÁRIOS E DADOS

Eu, _____
vínculo no HG (Clínica/Residência) _____
portador(a) do RG e CPF nº _____
residente à _____

telefones para contato _____

Venho através deste solicitar acesso ao _____
do(a) paciente _____
com data de nascimento ____/____/____ internado(a) na data de ____/____/____ com alta
em ____/____/____ Prontuário nº. : _____.

Justificativa: _____

Sendo o que se apresenta para o momento.

Preceptor(a)/Orientador(a)/Responsável

Cuiabá, ____/____/____

Assinatura e carimbo do solicitante