



**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 \_\_\_\_\_

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