

Modelo de Formulário – Prontuário Médico

Ao Serviço de Prontuários – Olá Doutor

Nome completo do(a) paciente

CPF nº

RG nº

Estado (UF)

Endereço (rua, número, complemento)

Bairro

Cidade

CEP

Na qualidade de próprio(a) paciente, solicito e autorizo o envio da cópia do meu prontuário médico referente ao atendimento realizado na plataforma Olá Doutor, conforme dados abaixo:

Data do atendimento (dd/mm/aaaa)

Horário aproximado

CRM/UF do(a) médico(a)

Nome do(a) médico(a)

E-mail para envio da cópia do prontuário

Motivo da solicitação

Declaro estar ciente de que possuo total capacidade para receber, armazenar e utilizar os arquivos enviados, assumindo integral responsabilidade pelo uso das informações recebidas.

Local e data

Assinatura do(a) solicitante

A assinatura deve ser idêntica à do documento anexado ou realizada por assinatura digital válida.

Ficamos à disposição.