

**REQUERIMENTO**

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

A Diretoria Técnica do Hospital Santa Júlia Ltda.

Nº \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ inscrita (º) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_, domiciliada (º) e residente nesta cidade à Av./Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_, venho solicitar de Vossa Senhoria, a documentação abaixo, relativa ao atendimento da (º) paciente \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, pelo convênio \_\_\_\_\_

**Documento:**

- Declaração de Internação Hospitalar
- Cópia de Prontuário impressa (0,30 centavos por página)
- Cópia de Prontuário em CD / DVD
- Exame: \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

**Finalidade:**

- Continuidade de tratamento
- INSS
- DPVAT
- Seguros: \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

**Autorizo entregar à:** \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Assinatura da (º) requerente (conforme RG)

Autorizado       Não Autorizado

Assinatura da Diretora Técnica

**Obs. Da Diretora Técnica:** \_\_\_\_\_

**Obs. SAME:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SAME	DIRETORIA TÉCNICA	ARQUIVO	REQUERENTE
Data: ____ / ____ / ____			
Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____	Nome: _____
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____