

SOLICITAÇÃO AO SERVIÇO DE COMUNICAÇÕES

AO HCRP

EU, _____

_____;

Nº CARTÃO HC _____; Não possuo cartão ou foi extraviado

SOLICITO _____

_____;

PARA FINS DE _____;

AUTORIZO O ENVIO PARA O E-MAIL:

_____;

RIBEIRÃO PRETO, _____ / _____ / _____

ASSINATURA: _____

(do paciente ou representante legal mediante comprovação)

ANEXAR A ESTA SOLICITAÇÃO:

- CÓPIA FRENTE E VERSO DO RG ou CNH DO SOLICITANTE;
- CARTÃO DE CONSULTA HC
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO (OU RG) QUANDO PACIENTE MENOR DE 18 ANOS
- CURATELA /INTERDIÇÃO; TERMO DE GUARDA OU PROCURAÇÃO (quando houver)

ESTA SOLICITAÇÃO E SEUS ANEXOS DEVEM SER ESCANEADOS E ENVIADOS VIA E-MAIL PARA:

comunica@hcrp.usp.br

Outras informações, entrar em contato com o Serviço de Comunicações através do telefone: **(16) 3602-2147**