

# **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:**

**[relatorios@hcrp.usp.br](mailto:relatorios@hcrp.usp.br)**

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