

Identificação

1- Nome completo do paciente: _____

2- Nome completo do solicitante: _____

_____ Parentesco: _____

3- RG: _____ Telefone para contato: (____) _____

4- Motivo da solicitação: _____

() Resumo de alta () Exames laboratoriais () Resultado de anátomo patológico

() Laudos de Raio-X Data do exame: ____/____/____

() Laudos de tomografia Data do exame: ____/____/____

() Ecografia/laudo Data do exame: ____/____/____

() Eletroencefalograma/laudo Data do exame: ____/____/____

() Outros: _____

5- Data da solicitação: ____/____/____

6- Assinatura do solicitante: _____

Para uso do Hospital Infantil Waldemar Monastier

7- Assinatura e carimbo do médico responsável pela autorização

8- Prontuário: _____

9- Envio por email: ____/____/____

**Horário de funcionamento para solicitação e retirada de cópias do prontuário:
Segunda a sexta-feira das 08h30 às 11h30 e das 13h às 16h00 - Prazo de entrega: 20 dias.**

Rua XV de Novembro, 3701 – Bom Jesus - CEP 83.601-030 – Campo Largo – Paraná – Brasil – Fone (41) 3391-8100
www.hospitalinfantil.saude.pr.gov.br | e-mail: hospitalinfantil@sesa.pr.gov.br - hospitalinfantilwm@gmail.com