



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO

Ao _____

Dr.(a).: _____

Referente ao paciente: _____

Campinas, _____ de _____ de _____.

Solicito por gentileza, relatório completo sobre acompanhamento do paciente em referência, salientando história clínica, diagnóstico, etiologia(s) provável, exames realizados e seus resultados, tratamento instituído (incluindo afastamentos do trabalho), evolução do quadro, período de acompanhamento, sequelas (se houver) e prognóstico.

O motivo da presente solicitação : _____

Atenciosamente,

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL