

Solicitação de cópia de prontuário

Eu

_____ Portador do RG _____ e
CPF _____ Solicito a cópia do prontuário do paciente

_____, que esteve sob cuidados
desta clínica no período de ___/___/___ a ___/___/___.

Motivo da solicitação:

São José dos Campos, _____ de _____ de _____

Atenciosamente,

Assinar e reconhecer firma da assinatura.