



Solicitação de Prontuário

Código: FORM-SAME-004

Eu _____ portador(a) do documento de CPF _____ solicito cópia dos atendimentos/internações registradas no Instituto de Ortopedia e Traumatologia, no período de _____, para fins de _____.

Autorizo o envio da cópia dos atendimentos/internações para endereço de e-mail pessoal: _____(escrever e-mail).

Assinatura
(Conforme documento)

OBS.: Favor anexar a solicitação a cópia de um documento com foto, frente e verso.