



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRAR CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, _____, portador dos documentos RG _____, CPF _____, residente domiciliado à _____, complemento _____, bairro _____, cidade _____, CEP _____, com os seguintes telefones para contato (____) _____, (____) _____, solicito à Clínica Adventista de Curitiba, CNPJ 15.116.763/0004-12, a retirada de meu prontuário médico, sendo de minha inteira responsabilidade o uso deste.

Prontuário nº _____

Curitiba, ____ de _____ de _____

Assinatura

PARA USO INTERNO

Nome: _____ Assinatura: _____

Setor: _____ Data: _____