**Retirada de prontuário**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro ter retirado o meu prontuário físico com todo relatório de procedimentos realizados até a esta data do consultório do Dr(a). XXXXXX situado no endereço XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX no dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Assim declaro também que isento os profissionais de qualquer responsabilidade de procedimento realizados a partir de então por outro profissional.

Neste mesmo documento, o profissional responsável assina autorizando a entrega do prontuário me esclarecendo todas as dúvidas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente (Nome)

CPF: XXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Profissional (Nome)

CPF: XXXX