**ANEXO 1 –**

**REQUISIÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO**

Eu, nome completo, estado civil, nacionalidade, data de nascimento, nº do CPF, nº do R.G., endereço completo, solicito a extração de cópias do meu prontuário médico do Instituto Policlínica PB, relativo ao período de (dia/mês/ano a dia/mês/ano). Solicito ainda que seja encaminhado por e-mail no endereço eletrônico XXXXX

Descrever o motivo da requisição da cópia de prontuário.

Para maior clareza, firmo o presente,

Pato Branco, dia, mês e ano.

Assinar e reconhecer firma da assinatura.