

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que solicitei, por meio de e-mail/site enviado na data de hoje, a obtenção de cópia do prontuário do paciente:

Nome:

CPF Nº:

Através do endereço eletrônico:

Declaro, ainda, estar ciente dos riscos inerentes ao envio do prontuário por esta modalidade, assumindo total responsabilidade pela escolha do meio de recebimento da documentação.

Para tanto, apresento em anexo os documentos solicitados, para fins de registro.

Sem mais, firmo a presente declaração.

Guarapuava, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**DECLARANTE**

**CPF:**