

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RETIRADA DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO BENEFICIÁRIO CENTRO DE  
DIABETES E OBESIDADE

Eu \_\_\_\_\_,  
matrícula nº \_\_\_\_\_, portador do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro  
que retirei meu prontuário na sede do Planserv, no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº \_\_\_\_\_, designado pelo beneficiário  
\_\_\_\_\_,  
declaro que retirei seu prontuário na sede do Planserv no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Desconsiderar preenchimento se o próprio beneficiário retirar)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela retirada da cópia do prontuário

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.