

Itaocara \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de acomodação coberta pelo convenio: \_\_\_\_\_

Quarto que está internado: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Funcionário responsável: \_\_\_\_\_

Xerox do cartão do convenio