



NOME DO PACIENTE: CEDENTR PERTRA DE QUADROS
À AUDITORIA / REGULAÇÃO PACIENTE PORTADOR DE EM TRATAMENTO REGULAR EM REGIME AMBULATORIAL SOB MEUS CUIDADOS, NECESSITA REALIZAR SEMESTRALMENTE OS SEGUINTE EXAMES, AOS QUAIS
SOB MEUS CUIDADOS, NECESSITA REALIZAN SEMESTINE. SOLICITO AUTORIZAÇÃO: Carga Whol (HV grents textow) PI PCR
25/10/24 OF LUIZ GUSTANO MENDES DE LUIZ GUSTANO MENDES DE LUIZ GUSTANO MESPONSÁVE