

## Prefeitura de São Paulo Secretaria Municipal de Saúde Hosp. Mun. Prof. Dr. Alípio Corrêa Netto



## **RETIRADA DE PROJÉTIL**

NOME:		
IDADE:	SEXO:	N.° RH/FA:
DATA:	HORÁRIO:	
HISTÓRICO:		
CIRURGIA REALIZADA:		
LOCAL DA RETIRADA DO PROJÉTIL:		
	_	

NOME DO SOLICITANTE - CRM/CRO