

RETIRADA DE PROJÉTIL

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ N.º RH/FA: _____

DATA: _____ HORÁRIO: _____

HISTÓRICO: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____

LOCAL DA RETIRADA DO PROJÉTIL: _____

NOME DO SOLICITANTE - CRM/CRO