



MUNICÍPIO DE
**MONTEIRO
LOBATO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO Nº _____

DATA ABERTURA ____/____/____

REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE PROCESSO

NOME:

CPF/CNPJ:

RG:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

E-MAIL:

TELEFONE:

CELULAR:

Venho através deste solicitar,

CÓPIA DE FOLHA DE ATENDIMENTO*

- Requerimento.
- Cópia do documento de identidade com foto.
- Data do atendimento.

CÓPIA DE PRONTUÁRIO*

- Requerimento.
- Cópia do documento de identidade com foto.

*Conforme art. 89 do código de ética médica, as cópias somente serão liberadas, mediante solicitação do paciente ou para atender ordem judicial. Salvo em caso de menores de 18 anos, nos quais deverão ser solicitados pelos seus representantes legais.

JUSTIFICATIVA / DESCRIÇÃO:

Monteiro Lobato, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente