



COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

REQUERIMENTO

NOME: _____

IDENTIDADE: _____ ÓRG.EMIS: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

-Rua/nº/compl: _____

-Bairro: _____ Cidade/Estado: _____

-Telefone(s): _____

Requer às Juntas de Saúde do Hospital de Aeronáutica de Canoas, no prazo máximo de 20 dias a contar da data desta solicitação, conforme previsto no Dec. Lei nº 7724/12:

() CÓPIA DA FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE :() última () todas _____

() ATA:() última () todas _____

() PARECER ESPECIALIZADO – CLÍNICA(S):() última () todas _____

() EXAMES ORIGINAIS, QUAIS: _____

Obs.: A não retirada no prazo de 30 dias, acarretará o arquivamento do pedido.

Canoas, ___/___/___ _____

Assinatura do solicitante

Autorizo o requerido. Prazo: ___/___/___

Canoas, ___/___/___ _____

Chefe das JS

Providenciado por: _____ (grad/nome de guerra) em ___/___/___

Entregue (quantidade de folhas: _____):

Canoas, ___/___/___ _____

Assinatura do solicitante