

REQUERIMENTO

Vitória, ___ de _____ de _____

À
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

Eu, _____, CPF Nº _____-_____,
Endereço: _____

_____,
Telefone () _____ venho por meio deste documento,
solicitar o cadastro do estabelecimento
_____ no Sistema de Cadastro
Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) no quesito CONSULTÓRIO
ISOLADO (Pessoa Física), conforme informações apresentadas nos
formulários em anexo.

Nestes Termos
P. Deferimento

Assinatura