

REQUERIMENTO DE PERÍCIA MÉDICA HOSPITALAR/DOMICILIAR

Eu, _____, portador(a) do documento de identificação de nº _____ e CPF nº _____, domiciliado(a) na _____, venho requerer a realização de perícia médica domiciliar/hospitalar no endereço abaixo indicado, tendo em vista a impossibilidade de comparecimento à APS Caruaru-PE do Titular do benefício no dia e hora previamente agendados para realização de perícia médica, conforme documento médico em anexo.

Dados para realização da perícia¹:

NIT:	
NB/REQ.:	
Nome do Titular:	
Data de Nascimento:	
Nome da Mãe:	
APS:	
Residência:	
Hospital:	
Setor:	
Andar:	
Enfermaria:	
Leito:	
Responsável:	
Telefone:	

Caruaru-PE, ____ / ____ / ____.

Assinatura do Requerente

1 Deixar em branco o que não souber ou puder informar.