CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE "8 DE ABRIL" Rua Doutor José Alves, 403 – Centro – Mogi Mirim / SP Telefone: 19.3818-4505 / 19.3891-4489 CNPJ. 08.996.378/0001-07	**Protocolo** **Nº _____/_____** (Para uso da repartição)

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE oito DE ABRIL

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Ao Departamento: _____

Requerente:		
Funcionário: ☐SIM ☐ NÃO Cargo:		**Unidade de Trabalho:**
CPF/CNPJ:		**RG:**
Rua:		**Nº**
Complemento:		**Telefone: ( )**
Bairro:	**Cidade:**	**CEP:**
E-mail:		

Vem mui respeitosamente requerer a Vossa Senhoria, os termos abaixo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nestes Termos, Pede-se a solicitação. Mogi Mirim, em ____/____/_____.

_____
Assinatura do(a) Requisitante/Requerente

(Para uso da repartição)

_____

_____

(corte aqui)

Protocolo **Nº _____/_____** (Para uso da repartição

O prazo para resposta de requerimentos são de 15 (quinze) dias úteis, contados a partir da data de entrada do protocolo.

_____
Assinatura do Responsável pelo Recebimento