

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)**PROTOCOLO DE REQUERIMENTO**

Ao Departamento: _____

Requerente:		
Funcionário: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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) Requisite/Requerente

(Para uso da repartição)

(corte aqui)

ProtocoloNº _____ / _____
(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 RecebimentoCONSÓRCIO 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