

## REQUERIMENTO

### **1. DADOS DO REQUERENTE**

Nome completo \_\_\_\_\_

Posto/Grad/Civil: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Convênio/Fundo Saúde: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### **OBJETO DO REQUERIMENTO:**

### **FINALIDADE:**

### **2. ANEXOS:**

Brasília – DF, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA REQUERENTE**

**Obs: estou ciente das observações/recomendações constantes na página abaixo:**

### **OBSERVAÇÕES/RECOMENDAÇÕES**

1. Preencher o Requerimento com **letra legível**.
2. No campo "**Objeto do Requerimento**" escreva, com clareza, o que deseja do HFA. Exemplo:  
**SOLICITO À SEÇÃO DE CONTAS HOSPITALARES, RELATÓRIO DE DESPESAS MÉDICAS, DO PERÍODO DE DEZ 2022 A JANEIRO 2023 (COM TODOS OS CUSTOS DISCRIMINADOS), REFERENTE À ATENDIMENTO MÉDICO, INTERNAÇÃO E DUAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS).**
2. no campo "**Finalidade**" informe para qual fim é o documento solicitado (**SEGURO DPVAT, ARQUIVO PESSOAL**, etc);
3. ANEXAR DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO; e
4. A Seção de Protocolo informará o Número Único de Protocolo (**NUP**) e o telefone do setor responsável pelo documento.
5. DÚVIDAS: ligar para (61) 3966 2148