



## REQUERIMENTO INSTITUCIONAL

À Coordenação da Clínica Santa Maria  
Srª Maria Alricélia de Moura Mendes

REQUERIMENTO nº \_\_\_\_\_

Cajazeiras - PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_, residente no  
endereço: \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, venho por  
meio deste, solicitar a V. Sa. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (descrever a solicitação e justificar o pedido).

Nestes termos, pede deferimento.

### Assinatura do Requerente

**Solicitante:**

Docente ( ) nº do CPF: \_\_\_\_\_

Discente ( ) nº da Matrícula: \_\_\_\_\_

**Atendimento no**

- Ambulatório/consultório/laboratório de:

( ) Biomedicina ( ) Cardiologia ( ) Enfermagem

( ) Fisioterapia ( ) Nutrição ( ) Odontologia

( ) Psicologia ( ) Psiquiatria

**Parecer:** \_\_\_\_\_

Deferido ( ) Indeferido ( ) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

REQUERIMENTO Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Solicitei \_\_\_\_\_ com data prevista para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

RECIBO: \_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) Secretário(a) do UNIFSM*