

| | | |
|--|--|---------------------|
| CIESB – CENTRAL DE INFORMAÇÃO E ENCAMINHAMENTO SHELL/BASF | | Data: / / |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Terapias | Hora: _____ : _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Internações e cirurgias | |
| <input type="checkbox"/> Exames | <input type="checkbox"/> Materiais | |
| | | Protocolo nº _____ |

| | | | | |
|------------------------------------|----------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Nome do Paciente: | | CPF: | nº Carteirinha CIESB | |
| Endereço: | | Bairro: | Cidade: | UF: |
| CEP: | Email: | | Telefone: | |
| Nome do titular da conta do Banco: | | CPF do titular da conta do Banco: | | |
| Banco: | Agência: | Conta: | Corrente: <input type="checkbox"/> | Poupança: <input type="checkbox"/> |

Declaro estar ciente que o valor solicitado será depositado na conta/ agência bancária informada acima pertencente ao titular ou representante legal.

| Nome do profissional / Exame / Tratamento: | Especialidade: | CRM: | Qtde. | Valor R\$ |
|--|----------------|------|-------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nos casos de internação informar:

| Nome do Hospital/Clínica: | Procedimento: | Valor R\$ |
|---------------------------|---------------|-----------|
| | | |
| | | |

Total Geral:

Eu, _____

Solicito através deste requerimento o valor total acima informado para realização dos procedimentos discriminados.

Data e assinatura do paciente ou responsável _____/_____/_____

Importante: Para prestação de contas, caso seja necessário realizar a devolução de algum valor favor contatar o CIESB para orientação.

