

<b>CIESB – CENTRAL DE INFORMAÇÃO E ENCAMINHAMENTO SHELL/BASF</b>		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.

