# ANEXO VI

# Requerimento de Correção ou Emissão de 2ª Via de ficado

|  |  |
| --- | --- |
| logo | **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  **ESCOLA TOCANTINENSE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DR. GISMAR GOMES**  **Requerimento de Correção ou Emissão de 2ª Via de Certificado** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | |
| NOME: | | | | |
| RG: | | DATA DE NASCIMENTO: | | |
| CPF: | | NATURALIDADE: | | |
| ENDEREÇO: | | | | |
| BAIRRO: | CIDADE: | | | CEP: |
| TELEFONE RESIDENCIAL | | TELEFONE CELULAR | | |
| E-MAIL: | | | | |
| **DADOS DO PROCESSO EDUCACIONAL EM SAÚDE** | | | | |
| NOME DO PROCESSO EDUCACIONAL: | | | | |
| PERÍODO DE REALIZAÇAO: | | | LOCAL DE REALIZAÇÃO: | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: | | | | |
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: ( ) CORREÇÃO DO CERTIFICADO ( ) 2ª VIA DO CERTIFICADO | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO (A) REQUERENTE / TITULAR | | | Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR  RESPONSÁVEL PELO PROTOCOLO | |

✂ --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PROTOCOLO DE REQUERIMENTO DE Correção ou**

**Emissão de 2ª Via de Certificado**

|  |  |
| --- | --- |
| RECEBIDO DE: | |
| DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA: | ( ) CORREÇÃO DO CERTIFICADO  ( ) 2ª VIA DO CERTIFICADO |
| DATA DE PROTOCOLO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | PREVISÃO DE RETIRADA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PROTOCOLO | |