

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PARA ATUALIZAÇÃO DOCUMENTAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Departamento de Gestão das Demandas em Judicialização na Saúde – DJUD)

OBSERVAÇÕES

- Todos os campos assinalados com (*) são de preenchimento obrigatório.
- A inclusão de documento não pertinente a este formulário será desconsiderada, inclusive decisões judiciais, uma vez que a responsabilidade pelo encaminhamento dessas decisões a este Departamento compete à Advocacia-Geral da União (AGU), por intermédio da Consultoria Jurídica (CONJUR).

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

- *Nome completo: _____
- *CPF: _____
- *Data de nascimento: __/__/__
- *Telefone: _____
- *E-mail: _____

2. ENDEREÇO ATUALIZADO DO DEMANDANTE

- *Logradouro: _____
- *Número: _____
- Complemento: _____
- *Bairro: _____
- *Município/UF: _____
- *CEP: _____

3. DOCUMENTOS ANEXOS

- * ☐ Prescrição médica atualizada.
- * ☐ Relatório médico.
- * ☐ Documento de identificação do beneficiário.
- * ☐ Comprovante de endereço atualizado.
- ☐ Outros: _____

4. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para os devidos fins, sob minha inteira responsabilidade, que todas as informações prestadas no presente requerimento são verdadeiras, completas e atualizadas, bem como que os documentos encaminhados correspondem fielmente à realidade dos fatos, estando ciente de que a prestação de informações falsas, incompletas ou desatualizadas poderá ensejar a adoção das medidas administrativas, civis e penais cabíveis, além de eventual revisão do cumprimento da decisão judicial.

5. REQUERIMENTO

Diante do exposto, requer-se ao Ministério da Saúde a adoção das providências administrativas necessárias para o cumprimento da decisão judicial quanto à realização do procedimento em saúde, enquanto mantida a indicação médica e a obrigação judicial.

Local e data: _____

Nome do requerente: _____

Assinatura: _____

CPF: _____