

Formulário 3

Requisição de emissão de passagens

À Coordenação Estadual de Tratamento Fora de Domicílio de Goiás

Solicito a emissão de passagens conforme informações abaixo:

PACIENTE

NOME COMPLETO: IDADE:

DN: RG: CNS:

SEXO: F M MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

ACOMPANHANTE

NOME COMPLETO: IDADE:

DN: RG: CNS:

SEXO: F M

PASSAGEM TERRESTRE: SIM NÃO

DATA IDA: HORÁRIO:

DATA VOLTA: HORÁRIO:

TRECHO:

PASSAGEM AÉREA: SIM NÃO

DATA IDA: HORÁRIO:

DATA VOLTA: HORÁRIO:

TRECHO:

BAGAGEM: NÃO - 10KG SIM 23KG QUANTIDADE

CADEIRA DE RODAS / CARINHO DE BEBÊ: SIM NÃO

Declaro estar ciente e de acordo que caso eu perca o embarque no horário do bilhete ou precise de trocar o dia de embarque após a emissão do bilhete, sem justificativa comprovada, arcarei com todos os custos das taxas adicionais exigidas pelas empresas aéreas e/ou terrestre para mim e meu acompanhante, sem restituição de custos financeiros que possa vir a ter com qualquer outro tipo de transporte. Declaro ainda, que estou ciente e de acordo que não é permitido realizar troca do acompanhante após a emissão das passagens.

_____ / ____ / ____
 Local Data

 Assinatura do usuário/responsável (igual ao documento oficial)