



**Ministério Público da União  
Ministério Público Federal  
Programa de Saúde e Assistência Social - PLAN-ASSISTE**

**PARECER CLÍNICO/CIRÚRGICO**

Nome do Titular	Órgão de Origem
-----------------	-----------------

Nome do Paciente	Grau de Parentesco	Data de Nascimento
------------------	--------------------	--------------------

**INFORMAÇÕES MÉDICAS (Preenchimento em letra de forma)**

**ANAMNESE**

**HISTÓRICO DA DOENÇA**

**DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CIRURGIA**

**CÓDIGO A.M.B. / CID**

**DESCRIÇÃO A.M.B. / CID**

Data	Assinatura/Carimbo do Médico	Data	Assinatura/Carimbo do Médico Responsável pela Perícia
------	------------------------------	------	---