



**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**


<b>CÓDIGO A.M.B. / CID</b>	<b>DESCRIÇÃO A.M.B. / CID</b>

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