



CARTA DE SOLICITAÇÕES

Ilmo.(a) Senhor(a)

Assunto: _____

Nome: _____

Número da Carteirinha IAM SPE: _____

Telefone para Contato: _____

Breve histórico e objetivo:

Assinatura

Obs.: Anexar o pedido e encaminhamento médico para o e-mail: luizmorenoccmiamspe@gmail.com
Avisar o envio pelo WhatsApp CCM IAM SPE nº 11-99530-2462. Resposta em até 08 dias úteis.