MODELO 9

SOLICITAÇÃO DE COMPARECIMENTO PARA ATENDIMENTO

Ao Senhor (a):

Solicitamos o comparecimento ao SPSCAVV _____ no endereço Rua _____ em (data e horário) para tratarmos de

assunto referente às crianças/adolescente: (nome da criança / adolescente)

por encaminhamento do (nome do órgão que encaminhou).

Caso não seja possível comparecimento na data sugerida, solicitamos que nos contate através do tel.: 2019-9090 para reagendarmos, conforme sua disponbilidade.

Seguimos no aguardo

.

Atenciosamente,

(assinatura do profissional)

São Paulo, _____de 2023.