

REQUERIMENTO

Eu _____

RG nº _____ CPF _____

Data de Nascimento: _____

Residente no Município de: _____

Rua: _____

Nº _____ Aptº _____ Bloco _____

Bairro: _____ Cep: _____

Telefone Residencial: () _____

Telefone Celular: () _____

Nome do Medicamento	CID	Posologia

Data: ___/___/___

Assinatura do Requerente ou Responsável

Documentação Necessária para Solicitação da “Carta-Resposta”.

Obs: Xérox de todos os documentos.

- CPF
- RG
- Comprovante de Residência
- Laudo Médico constando o CID
- Receita Médica
- Cartão do SUS