

REQUERIMENTO

À Secretaria de Saúde do Estado – SES/SC

EU.....
RG.....CPF.....
DATA DE NASCIMENTO:...../...../.....
RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE.....
RUA.....
NÚMERO..... BAIRRO..... CEP.....
TELEFONES..... EMAIL.....
Venho através deste, solicitar os medicamentos prescritos pelo
Dr.(a).....com CID(s) especificado(s)
conforme laudo médico que deve ser anexado neste documento.

Nome do Medicamento	CID	Posologia

IMPORTANTE: A resposta a este requerimento estará condicionada ao preenchimento de Todos os campos adequadamente.

DATA...../...../.....

.....
Assinatura do requerente ou responsável

Enviar nessa sequência os seguintes documentos:

- Requerimento (este formulário com todos os campos preenchidos legíveis);
- Receita médica com data atualizada;
- Laudo médico com data atualizada contendo o CID;
- Declaração médica (formulário)
- Em uma folha A4, xérox do CPF, carteira de identidade, cartão nacional SUS;
- Se menor ou necessitar de ajuda, anexar documentos da mãe ou cuidador;
- Comprovante de residência (declaração, se necessário).