



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

REQUISIÇÃO

Excelentíssimo Senhor
Secretário Municipal de Saúde

Eu, VITOR DA SILVA ROSS, residente neste nesta cidade, cito como endereço: Rua Fe em Deus no 16, CEP _____, telefone/celular: 8957804, venho por meio deste, solicitar, a Vossa Excelência, cessão de Isosorce Soya Ester, por conta de imperiosa necessidade, visto que sou portador de Paralisia cerebral, conforme prescrição médica, para o que apresenta a documentação anexa.

Belém, 30 de maio de 2018.

Nestes Termos
P. Deferimento

**ANEXAR, OBRIGATORIAMENTE
(CÓPIAS)**

- Receita Médica
- Laudo Médico
- Cartão do SUS
- Documento Oficial de Identidade
- CPF
- Comprovante de endereço
- Declaração de titularidade de endereço (se for o caso)

Gracilda Ribeiro da Silva
Assinatura do Requiritante

RECEBIDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROTOCOLO GERAL
Em 30/05/18 às 11:30 hora
Kátia Lima
Funcionário