



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE CARIACICA  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**SOLICITAÇÃO MATERIAL HOSPITALAR E/OU MEDICAÇÃO**

NOME COMPLETO

CPF	IDENTIDADE(RG)	TELEFONE	CELULAR 1	CELULAR 2
-----	----------------	----------	-----------	-----------

ENDEREÇO

Nº

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

PONTO DE REFERÊNCIA

VENHO REQUERER

MEDICAÇÃO  MATERIAL HOSPITALAR

OUTROS:

SOLICITAÇÃO

SOLICITANTE

CARIACICA-ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Cópia do RG e CPF - ( caso o requerente não possua estas documentações, o cidadão deves anexar cópia da certidão de nascimento)  FALTOU

Cópia do laudo médico ou receita médica  FALTOU

Cópia do comprovante de residência atual do paciente ou representante legal  FALTOU

Cópia do Cartão do SUS  FALTOU

SECRETARIA DE SAÚDE DE CARIACICA  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Centro Administrativo (antigo prédio da Vitomaq): Avenida Kléber Andrade, nº 5, Bairro Rio Branco,  
Cariacica - Telefone: 27 3354-5601