

Ofício { b o\$Ů t !W

Interessado:

Representante:

São Paulo,

A Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)

Responsável pelo Ambulatório Médico Especializado (AME) - “Maria Zélia”

Rua Jequitinhonha, 360 – Belenzinho.

Cep 03021-040- São Paulo

Tel: (11) 3583-1800

ASSUNTO: FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Senhor Chefe de Gabinete,

Solicitamos que seja verificada a possibilidade de fornecer-se à pessoa interessada os medicamentos prescritos no receituário anexo.

O portador deste ofício está ciente de que, no atendimento dessa Secretaria, deverá apresentar:

1. Cópia e original do receituário e relatórios médicos atualizados.
2. Cópia e original dos documentos pessoais: RG, CPF, Comprovante de residência e cartão do SUS, se tiver.

Solicitamos a gentileza de que, caso não constem os referidos medicamentos neste Ambulatório, informe-se ao interessado outros Postos de Saúde onde possa encontrá-los, ou nos encaminhe por escrito a notícia do não fornecimento acompanhada dos respectivos motivos.

Atenciosamente,

Servidor Público

