

## CHECK LIST

REMESSA : 00_ /2021 - DIETAS		
Nesta ordem:		Check
01	Formulário preenchido	
02	Receita em duas vias(validade 30 dias)	
03	Relatório médico e relatório da(o) Nutricionista	
04	Declaração de Inexistência de Conflito(Não tem interesse na Industria Farmaceutica) <b>conforme Resolução SS nº 83/2015</b>	
05	Cópia de Exames	
06	Cópia de documentos pessoais CPF, RG, CNS, Comprovante de Residência com Cep). Cópia do RG do responsável	

Envio para e-mail: [municipiospedadm@gmail.com](mailto:municipiospedadm@gmail.com)  
[enviar um arquivo em PDF](#)