

CHECK LIST

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

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