



## EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO DO MUNICÍPIO DE BERTIOGA

O requerente \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Telefone ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Residente na \_\_\_\_\_

nº. \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Neste ato representado por** \_\_\_\_\_

**RG nº** \_\_\_\_\_ **CPF nº** \_\_\_\_\_

Venho perante Vossa Excelência requerer fornecimento de:

( ) Fraldas geriátricas;

( ) Medicação de alto custo \_\_\_\_\_

( ) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conforme documentos em anexo.

Nestes Termos,  
Pede deferimento.

Bertiooga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_