



# MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria xxxxxxxxxxxx  
Departamento xxxxx



***Nome***

Cargo

Esplanada dos Ministérios  
Bloco G Ed. xxxxx  
Xº andar sala xxx  
70058-900 Brasília/DF

Tels.: (xx) xxxx-xxxx  
(xx) xxxx-xxxx

Cel.: (xx) xxxx-xxxx

Fax: (xx) xxxx-xxxx

*E-mail:* [email@saude.gov.br](mailto:email@saude.gov.br)  
[www.saude.gov.br/xxxxx](http://www.saude.gov.br/xxxxx)



MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

Secretaría xxxxxx  
Departamento xxxxx



***Nome***

Cargo

Esplanada dos Ministérios  
Bloco G Ed. xxxxx  
Xº andar sala xxx  
70058-900 Brasília/DF  
Brasil

Teléfonos: +55 (xx) xxxx-xxxx  
                  +55 (xx) xxxx-xxxx  
Cel.: +55 (xx) xxxx-xxxx  
Fax: +55 (xx) xxxx-xxxx  
*E-mail:* email@saude.gov.br  
www.saude.gov.br/xxxxx