

**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

FAX

Para/to: LABORATÓRIO HELMINTOS PARASITOS VERTEBRADOS:

Fax no./No.: 590-3545

Assunto/Subject: Solicita identificação

Data/Date.: 24/02/97

Att: Drs. DELY NORONHA


No. Page./No Pages.: 01

FUNDAÇÃO RIOZOO Parque da Quinta da Boa Vista s/n - São Cristóvão - Rio de Janeiro - RJ - Brasil CEP 20.940 Tel:(021) 254.2024 -
Fax:(021)204.7547
DAF/CPD/IC/WORD/docat.DOC

Solicito a Vossa Senhoria, verificar a possibilidade de identificar 02 (duas) amostras de Helmintos.

Sem mais,

Atenciosamente.


RAFAEL VERÍSSIMO MONTEIRO
Subgerente de Clínica e Cirurgia
CRMV-RJ 4708 -/dia: 40/500.418-9