

AUTORIZAÇÃO

Paciente

Eu _____
RG: _____ CPF: _____

Autorizo:

Sr. (a) _____
RG: _____ CPF: _____
End: _____ Tel: _____

Sr. (a) _____
RG: _____ CPF: _____
End: _____ Tel: _____

Sr. (a) _____
RG: _____ CPF: _____
End: _____ Tel: _____

A fazer retirada de medicamentos

Campo Grande – MS, ____/____/____

Assinatura do paciente

ATENÇÃO! Anexar cópia do documento dos autorizados (RG, CPF, CNH ou Carteira Profissional)

<https://www.saude.ms.gov.br/programas-e-projetos/assistencia-farmacutica/>