

AUTORIZAÇÃO

Responsável

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 em nome de _____

CPF: _____

Campo Grande – MS, ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

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