



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE ATENÇÃO A SAÚDE / CAFE

# AUTORIZAÇÃO

Paciente

Eu \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Autorizo:

Sr. (a) _____	R.G. _____
End: _____	Tel: _____

Sr. (a) _____	R.G. _____
End: _____	Tel: _____

Sr. (a) _____	R.G. _____
End: _____	Tel: _____

A fazer retirada de medicamentos.

Campo Grande – MS, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

**ATENÇÃO! Anexar cópia do documento dos autorizados (R.G., C.N.H. ou Carteira Profissional)**