



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

AUTORIZAÇÃO

Responsável

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 em nome de _____
_____.

Campo Grande – MS, ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente ou responsável

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