



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

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)**