

Eu, _____ portador(a) do
cartão Unimed nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
autorizo o(a) Sr(a) _____,
inscrito(a) no CPF sob nº _____, telefone (____) _____,
a retirar meu(s) medicamento(s) ou material(is) na Clínica APS Unimed Campina Grande, localizada
na Rua Santa Clara, nº 235, Prata, CEP 58.400-540.

Preenchimento exclusivo da Unimed

Número da Guia: _____

Assinatura legível e por extenso do(a) paciente/responsável

Assinatura legível e por extenso do(a) recebedor(a) do medicamento/material

_____/_____/_____
Data

- Obs.:**
- 1. Este termo é válido até a data do recebimento da medicação ou material. Para cada solicitação é necessário o preenchimento de um novo termo.**
 - 2. Para recebimento da medicação/material, é necessário comparecer com a solicitação médica (Guia Autorizada).**