

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

EU, _____, portador (a) da
Identidade número _____, emitida pelo _____, CPF
_____, visitante cadastrado (a) do interno
_____, RG:
_____, autorizo a entrega do(s) medicamento (s):

_____ na (s) quantidade (s) de _____ Comprimidos
(frascos), para sua utilização conforme a prescrição médica anexa.

Rio de Janeiro, em ____ de _____ de 20____.

Assinatura