



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu _____,
portador(a) do RG/CPF nº _____ requerente no
Processo nº: _____, autorizo:

* O(a) Sr(a). _____,
inscrito(a) no RG/CPF sob o nº _____ e

* O(a) Sr(a). _____,
inscrito(a) no RG/CPF sob o nº _____ e

A retirar em meu nome as fraldas por mim solicitadas.

Araucária, ____ de _____ de 202 ____.

Assinatura do Requerente

**Secretaria Municipal
de Saúde**

+55 41 3614-1470
smsa@araucaria.pr.gov.br
Rua Pedro Druszc, 111, 2º Andar - Centro
CEP 83702 080 - Araucária / PR