



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

AUTORIZAÇÃO PARA FARMÁCIA

CAMPINAS, _____ DE _____ DE _____ .

NOME DO USUÁRIO:

SERVIÇO: _____ ,

AUTORIZAÇÃO PARA FARMÁCIA:

DESCRIÇÃO DO PRODUTO:

_____ R\$ _____ .

_____ R\$ _____ .

_____ R\$ _____ .

_____ R\$ _____ .

CARIMBO / ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

TOTAL: R\$ _____ .