



ANEXO VII

Autorização para Depósito em Conta Bancária de Terceiro

Eu, _____ (nome do paciente ou responsável) autorizo a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul a depositar o valor para Ajuda de Custo referente ao Tratamento Fora de Domicílio de _____

(nome do paciente) para o (a) Sr. (a) _____ (nome da pessoa autorizada a receber o crédito), conforme os dados abaixo:

Banco: _____, Agência nº: _____ Conta bancária nº: _____,
CPF: _____, RG: _____ - _____/_____

Local e data: _____/MS, ____/____/_____.

Assinatura do paciente/responsável

Observação: Anexar cópia do comprovante bancário, CPF e RG do beneficiário do crédito.