



**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.