



COLÉGIO SINODAL PROGRESSO
Um lugar onde nascem os sonhos

Eu _____ portador(a) do CPF _____
e RG _____ responsável pelo(a) aluno(a) _____
da turma _____ matriculado nesta Instituição de Ensino, venho nesta data autorizar o aluno
acima citado a fazer uso do(s) medicamento(s) descrito(s).

MEDICAMENTO: _____	Dosagem: _____
Período de uso: ____/____/____ à ____/____/____	Horário(s): _____

Declaro verdadeiras as informações por mim preenchidas.

ASSINATURA: _____

Montenegro, ____ de _____ de 20 ____.