

DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ENTREGA EM ENDEREÇO DIVERGENTE DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Eu, Régis Eduardo Argentino Marques, portador(a) do CPF nº 372.974.508-55, declaro que:

O endereço constante no comprovante de residência encaminhado à **MedKaya Pharma** corresponde ao meu endereço residencial e permanece válido para fins de cadastro e rastreabilidade.

Endereço residencial:

Av. Pablo Casal, 90, Apto 11 Vila Dalva – São Paulo – SP CEP – 05386-130

Em razão de minha rotina ou necessidade pessoal, **solicito que a entrega do(s) produto(s) seja realizada em endereço diferente daquele constante no comprovante de residência**, conforme informado abaixo.

Motivo da solicitação

☐ Local de trabalho. ☐ Familiar ou responsável ☐ Condomínio/Portaria

Endereço para entrega (com cep):

Rua Harmonia, 1250, Sala 31 Sumarezinho – Dão Paulo – SP CEP - 05435-001

Nome do estabelecimento (quando aplicável): _____

Pessoa autorizada a receber (quando aplicável): _____

Telefone para contato: (11) 95122-7634

Declaro que o endereço acima foi informado por minha livre iniciativa, estando ciente de que essa alteração se destina exclusivamente à entrega do produto pela transportadora, não alterando meu endereço residencial cadastrado.

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e assumo a responsabilidade pelo recebimento do produto no endereço indicado, comprometendo-me a informar imediatamente à MedKaya Pharma qualquer alteração que possa impedir a correta entrega.

Estou ciente de que esta declaração poderá ser arquivada pela MedKaya Pharma para fins de rastreabilidade, conformidade regulatória e comprovação da solicitação realizada pelo paciente.

Autorizo a MedKaya Pharma a compartilhar com a transportadora exclusivamente os dados necessários para a realização da entrega no endereço informado nesta declaração, em conformidade com a legislação aplicável de proteção de dados pessoais.

Cidade: São Paulo **Data:** 07/08/2026

Assinatura do paciente _____