

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

Eu, **Alcirene Sousa de oliveira** , portador(a) do CPF nº **64787311204**, 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:

Rua Coronel Brandão n. 1952, Bairro : Centro , ao lado do Tribunal Regional Eleitoral , Cidade: Xapuri Acre . CEP: 69930-000

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):

Avenida Santos Dumont, número 1029, Bairro: Centro, em frente a Rodoviária de Eptaciolândia. Eptaciolândia- ACRE, Cep 69934- 000

Nome do estabelecimento (quando aplicável): Distribuidora de bebida em frente à rodoviária
Pessoa autorizada a receber (quando aplicável): Rafaela Matias (Dona do estabelecimento) , Bruno (funcionário) ou funcionário da Rafaela Matias.
Telefone para contato: (68) 99954-0256

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: Eptaciolândia Data: 12/08/2026

Assinatura do paciente

Oliveira

Mãe do paciente: Alcirene Sousa de
