

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____,

RG n° _____ autorizo, de acordo com o preconizado na Portaria n° 1.554/2013 que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados _____ para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

REPRESENTANTE - 1

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

REPRESENTANTE - 2

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

REPRESENTANTE - 3

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ____/____/____ Assinatura do paciente: _____