



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem nas [Unidades Dispensadoras de Medicamentos \(UDM\)](#) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para formalização da solicitação de medicamentos, na continuidade do tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:
REPRESENTANTE 2*
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:
REPRESENTANTE 3*
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

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