



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____(nome do paciente),RG nº _____ e CPF Nº _____ autorizo, de acordo com o preconizado na Portaria nº 1,554/2013 que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia do Programa de Medicamentos Especializados do Amazonas para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

REPRESENTANTE – 1

Nome Completo: _____
Nº Documento de Identidade (RG): _____ NASCIMENTO __/__/_____
Cpfnº _____ Grau de parentesco _____
Endereço Completo: _____
Telefone para contato: _____ e-mail: _____
ASSINATURA _____ (anexar cópia do RG legível).

REPRESENTANTE – 2

Nome Completo: _____
Nº Documento de Identidade (RG): _____ NASCIMENTO __/__/_____
Cpfnº _____ Grau de parentesco _____
Endereço Completo: _____
Telefone para contato: _____ e-mail: _____
ASSINATURA _____ (anexar cópia do RG legível).

REPRESENTANTE – 3

Nome Completo: _____
Nº Documento de Identidade (RG): _____ NASCIMENTO __/__/_____
Cpfnº _____ Grau de parentesco _____
Endereço Completo: _____
Telefone para contato: _____ e-mail: _____
ASSINATURA _____ (anexar cópia do RG legível).

DATA: __/__/____

Assinatura do (a) paciente e/ou responsável legal(paciente menor ou incapaz)