

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO
AMAZONAS – CEAF/AM
DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Nome do Paciente: _____

CPF: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia do Componente Especializado do Amazonas (CEAF) para retirada do medicamento e renovação do tratamento. É obrigatório anexar a este formulário preenchido e assinado, a cópia do RG de cada representante autorizado.

Representante 1	
Nome Completo:	
Nº Documento de Identidade(RG):	Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço Completo/ CEP:	
Telefones para contato:	
Grau de Parentesco:	
Assinatura:	
Representante 2	
Nome Completo:	
Nº Documento de Identidade (RG):	Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço Completo/ CEP:	
Telefones para contato:	
Grau de Parentesco:	
Assinatura:	
Representante 3	
Nome Completo:	
Nº Documento de Identidade (RG):	Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço Completo/ CEP:	
Telefones para contato:	
Grau de Parentesco:	
Assinatura:	

Não é obrigatória a relação de parentesco entre pacientes e representante. Neste caso, preencher nenhum parentesco.

Manaus/AM, ____/____/____

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