



### DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia do Componente Especializado do Distrito Federal (Alto Custo) 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:	
CPF:	
Endereço Completo/ CEP:	
Telefones para contato:	
Grau de Parentesco:	
Representante 2	
Nome Completo:	
CPF:	
Endereço Completo/ CEP:	
Telefones para contato:	
Grau de Parentesco:	
Representante 3	
Nome Completo:	
CPF:	
Endereço Completo/ CEP:	
Telefones para contato:	
Grau de Parentesco:	

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável