



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

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