

## DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, autorizo, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, os representantes abaixo relacionados a me representarem no CASE, junto a Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

### REPRESENTANTE 1

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE 2

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE 3

Nome completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

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