



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:
REPRESENTANTE 2*
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:
REPRESENTANTE 3*
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:

*Anexar cópia do RG / CPF dos representantes autorizados.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura do paciente: _____