



## DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

### Dados do paciente (usuário do medicamento)

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

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

### Identificação do declarante (responsável pelo preenchimento e assinatura desta declaração)

- Próprio paciente (maior de 18 anos e capaz)       Tutor       Responsável indicado na LME (paciente incapaz)  
 Pais ou guarda (paciente menor de idade)       Curador       Procurador com amplos poderes

Pelo presente instrumento particular de autorização eu (**declarante**), \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, telefones (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_ autorizo **as pessoas abaixo** discriminadas a representar-me junto à Superintendência de Assistência Farmacêutica de Estado de Saúde de Minas Gerais nos procedimentos de retirada/recebimento do (s) medicamento (s), em uma das Unidades de dispensação dos Medicamentos do Componente Especializado.

Pessoas autorizadas pelo declarante (máx. 5)	Número	Nome:	Identidade:
		Endereço:	Telefone:
1	Nome:	Identidade:	
	Endereço:	Telefone:	
2	Nome:	Identidade:	
	Endereço:	Telefone:	
3	Nome:	Identidade:	
	Endereço:	Telefone:	
4	Nome:	Identidade:	
	Endereço:	Telefone:	
5	Nome:	Identidade:	
	Endereço:	Telefone:	

- Este documento e as informações nele contidas são de inteira responsabilidade do declarante.
- Este documento perderá sua validade quando for apresentado outro com **data mais recente**.
- Em caso de **ALTERAÇÃO, INCLUSÃO/EXCLUSÃO** de qualquer dos representantes, o declarante fica responsável por apresentar nova Declaração Autorizadora contendo os nomes de todos os autorizados.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas e aceito os termos apresentados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local e Data)

Assinatura do **declarante**



Anexar cópia do documento de identidade do paciente, declarante e das pessoas autorizadas.  
Anexar cópia do comprovante de endereço do paciente (para atualização de endereço).