**DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Eu (Paciente), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CPF (Paciente) nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo, de acordo com o preconizado na Portaria nº 1.554/2013 que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados DR-7 CAMPINAS para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

|  |
| --- |
| **REPRESENTANTE - 1**  |
| **Nome Completo: REPRESENTANTE DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ** |
| **Nº CNPJ: 45.780.103/0001-50** |
| **Endereço: Rua Marechal Deodoro da Fonseca nº836 –Primeiro Andar** **Jundiaí-SP CEP13201-002** |
| **Telefones para contato: (11)4431-6500 – OPÇÃO 3** |
| **REPRESENTANTE - 2**  |
| **Nome Completo:**  |
| **Nº Cadastro de Pessoa Física (CPF):**  |
| **Endereço Completo** |
| **Telefones para contato:**  |
| **REPRESENTANTE - 3**  |
| **Nome Completo:**  |
| **Nº Cadastro de Pessoa Física (CPF):** |
| **Endereço Completo:**  |
| **Telefones para contato:**  |

**ATENÇÃO!!! Anexar cópia do documento dos representantes indicados.**

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

**Nome Legível do Paciente: x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**