



DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE REPRESENTANTE - Anexo 3

1. DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO

| | |
|----------|--|
| NOME | |
| CNS | |
| CPF | |
| TELEFONE | |
| ENDEREÇO | |

2. DADOS DO REPRESENTANTE

| | |
|----------|--|
| NOME | |
| CPF | |
| TELEFONE | |
| ENDEREÇO | |

Eu declaro que o representante acima identificado é meu representante legal para a retirada do(s) medicamento(s) abaixo descritos:

| Nº | MEDICAMENTO |
|----|-------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

Data: ____ / ____ / ____

Assinaturas:

✓ **Paciente:** _____

✓ **Representante:** _____

✓ **Testemunha:** _____