

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – **SESAB**Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - **SAFTEC**Diretoria de Assistência Farmacêutica – **DASF**Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada – **COAFE**Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia – **CEDEBA**Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - **CEAF**

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____,
portador do RG nº _____, **autorizo**, de acordo com o preconizado na Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia do Componente Especializado do **CEDEBA** para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

REPRESENTANTE 1	
Nome Completo:	
RG:	Telefone: ()
Endereço completo:	

REPRESENTANTE 2	
Nome Completo:	
RG:	Telefone: ()
Endereço completo:	

REPRESENTANTE 3	
Nome Completo:	
RG:	Telefone: ()
Endereço completo:	

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) PACIENTE ou de seu RESPONSÁVEL (conforme RG)

OBS.: Anexar cópia do DOCUMENTO DE IDENTIDADE e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA do(s) Representante(s).