



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde(SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

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

REPRESENTANTE 1
Nome Completo:
RG:
Endereço completo:
Tel.:

REPRESENTANTE 2
Nome Completo:
RG:
Endereço completo:
Tel.:

REPRESENTANTE 3
Nome Completo:
RG:
Endereço completo:
Tel.:

Data ____/____/____ Assinatura _____