



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de autorização eu, \_\_\_\_\_  
(NOME COMPLETO)  
\_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
município \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ autorizo os representantes abaixo discriminados a representar-me  
junto à Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de  
Minas Gerais nos procedimentos de retirada/recebimento do(s) medicamento(s) dos quais  
faço uso, em uma das Unidades de dispensação dos Medicamentos do Componente  
Especializado. Representantes:

Nº	NOME	Nº IDENTIDADE	ENDEREÇO	FONE
1				( )
2				
3				
4				
5				

(anexar cópia do documento de identidade das partes envolvidas)

**IMPORTANTE:**

- \* Este documento e as informações nele contidas são de inteira responsabilidade do declarante.
- \* O mesmo 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 - Paciente/Responsável legal