



DECLARAÇÃO AUTORIZADORA PARA MEDICAMENTOS DO CEAF

Eu, _____, paciente, CPF nº _____, nos termos da Portaria de Consolidação nº 02/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), **autorizo e designo o (s) representante (s)** listado (s) abaixo para a **retirada dos medicamentos** destinados ao meu tratamento, bem como para **renovação da continuidade** deste, nesta Farmácia do Componente Especializado.

Esta declaração autorizadora deverá estar devidamente preenchida e assinada, e ser anexada ao prontuário deste (a) paciente juntamente com a **cópia do documento de identidade** do (s) representante (s) designado (s).

REPRESENTANTE 1	
Nome Completo:	
CPF:	Telefone:
Endereço completo:	
CEP:	Município:
Grau de parentesco:	

REPRESENTANTE 2	
Nome Completo:	
CPF:	Telefone:
Endereço completo:	
CEP:	Município:
Grau de parentesco:	

REPRESENTANTE 3	
Nome Completo:	
CPF:	Telefone:
Endereço completo:	
CEP:	Município:
Grau de parentesco:	

“Art. 80. O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 38).”

Data ____/____/____ Assinatura do paciente: _____