

FarmConnect

Autorização para Retirada de Medicamentos por Terceiros

Documento obrigatório para retirada por pessoa diferente do paciente.

Nome do Paciente (Titular):

CPF do Paciente:

RG do Paciente:

Nome do Responsável pela Retirada:

CPF do Responsável:

RG do Responsável:

Declaração:

- Declaro estar ciente de que o(a) responsável acima está autorizado(a) a retirar meus medicamentos,
- Esta autorização é válida somente para a data especificada no agendamento.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Data: 30/10/2025