

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____,

portador(a) do CPF nº _____, residente e domiciliado(a)

à _____,

AUTORIZO o(a) Sr(a). _____,

portador(a) do CPF nº _____, a realizar a retirada dos

medicamentos em meu nome junto à Farmácia Pública, para fins de tratamento de saúde.

Declaro que a pessoa acima está devidamente autorizada a representar-me e portar os documentos necessários para esta finalidade.

Assinatura do Paciente

Data: ____ / ____ / ____