

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do RG: _____,
residente na Rua/Av. _____, nº _____,
declaro para os devidos fins que os representantes abaixo discriminados estão
autorizados a retirar o(s) medicamento(s) dos quais faço uso, na Farmácia de
Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de
Ribeirão Preto- SP. Ratifico serem verdadeiras as informações acima
prestadas.

Representantes:

Nome	RG	Endereço	Fone

Ribeirão Preto- SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente/Responsável legal
número do CNS