

MODELO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome completo do paciente), RG _____ (número da identidade e órgão emissor), autorizo Sr.(a) _____ (nome completo do representante), RG _____ (número da identidade e órgão emissor), em posse dos meus receituários médicos, a retirar medicamentos junto às farmácias das unidades de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Local, data

Assinatura do paciente conforme documento de identidade