



### DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de autorização eu, \_\_\_\_\_  
(NOME COMPLETO)  
\_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_,  
e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_,  
município \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
autorizo o(s) representante(s) abaixo discriminado(s) a representar-me junto a **SES/MG** nos procedimentos de retirada/recebimento do(s) medicamento(s) e/ou item(ns) do(s) qual(is) faço uso em razão de determinação Judicial.

**Representante (1):** \_\_\_\_\_  
(NOME COMPLETO)  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, município:  
\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Representante (2):** \_\_\_\_\_  
(NOME COMPLETO)  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, município:  
\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Representante (3):** \_\_\_\_\_  
(NOME COMPLETO)  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, município:  
\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

- Este documento e as informações nele contidas são de inteira responsabilidade do declarante.
- O mesmo perderá sua validade quando for apresentado outro com data mais recente.
- Em caso de alteração, inclusão/exclusão de qualquer dos representantes, o declarante fica responsável por apresentar nova **Declaração Autorizadora** contendo os nomes de todos os autorizados.
- Paciente menor: pais ou responsáveis deverão apresentar a carteira de identidade ou a certidão de nascimento do paciente.
- Paciente incapaz/interditado/em interdição: Decisão judicial ou certidão que comprove a existência do processo de curatela OU um relatório médico que ateste a incapacidade (em caso de relatório renovar o documento anualmente).
- É obrigatório anexar a esta declaração cópia do documento de identidade do declarante e seus representantes.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(LOCAL e DATA)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante ou Responsável legal