SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DE Pernambuco

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SEAS
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – SAF
GERÊNCIA DE ORGANIZAÇÃO E ADM. DAS FARMÁCIAS DE PERNAMBUCO - GOAFP
FARMÁCIA DE PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

---

1. DADOS DO USUÁRIO

NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|; CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__| CNS: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CARTEIRA DE IDENTIDADE: |__|__|__|__|__|__|__|__| ORGÃO EMISSOR: |__|__|__|-|__|__|
ENDEREÇO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__| COMPLEMENTO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
BAIRRO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CIDADE: |__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **CEP** |__|__|__|__|__|-|__|__|__|
TEL: |__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__|; **CEL.** |__|__|__|__|__|__|__|__|; |__|__|__|__|__|__|__|__|
E-MAIL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Local e data

____________________________, ___ de _____________________________de __________.

______________________________ ______________________________
Assinatura Usuário Rubrica Usuário

Nomeio como representante, junto à Farmácia de Pernambuco o Senhor (a):

2. DADOS DO REPRESENTANTE

NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CPF: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|
CARTEIRA DE IDENTIDADE: |__|__|__|__|__|__|__|__| ORGÃO EMISSOR: |__|__|__|-|__|__|
ENDEREÇO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__| COMPLEMENTO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
BAIRRO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CIDADE: |__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **CEP** |__|__|__|__|__|-|__|__|__|
TEL: |__|__|-|__|__|__|__|__|__|__|__|__|; **CEL.** |__|__|__|__|__|__|__|__|; |__|__|__|__|__|__|__|__|
E-MAIL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

______________________________ ______________________________
Assinatura Representante Rubrica Representante