

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

ATENÇÃO: (Antes do preenchimento, verifique as orientações gerais contidas no verso deste documento)

Este documento terá seu prazo de validade definido pelo Usuário SUS, conforme a opção abaixo:

[1] Paciente:		[2] Data de Nascimento:		
[3] Processo nº:				
Assinalar abaixo a identificação do responsável pela Autorização:				
[4] Próprio Paciente []	[5] Pais []	[6] Curatela []	[7] Tutela []	[8] Procuração substabelecida []
[9] Identificação do Autorizador (Nome):				

[] PRAZO ESTABELECIDO: _____ [] ENQUANTO DURAR O TRATAMENTO.

O paciente ou seu responsável legal, devidamente supracitado, autoriza a(s) pessoa(s) discriminada(s) abaixo a retirar(em) o(s) medicamento(s) dispensado(s) pela CEMAC Juarez Barbosa, tendo a ciência de que a responsabilidade pela retirada, transporte, guarda e/ou manuseio do(s) medicamento(s) ficará a cargo da(s) pessoa(s) abaixo constituída(s) para esta finalidade.

[10] 1. Nome:				
Identidade nº:	Órgão emissor:	CPF:		
Telefone(s): ()	()	()		
Endereço:	Número:	Quadra:	Lote:	
Complemento:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	CEP:		

[11] 2. Nome:				
Identidade nº:	Órgão emissor:	CPF:		
Telefone(s): ()	()	()		
Endereço:	Número:	Quadra:	Lote:	
Complemento:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	CEP:		

[12] 3. Nome:				
Identidade nº:	Órgão emissor:	CPF:		
Telefone(s): ()	()	()		
Endereço:	Número:	Quadra:	Lote:	
Complemento:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	CEP:		

O Autorizador declara estar ciente de todas as informações contidas nas orientações gerais deste documento e, ainda, serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesta conhecimento de que a falsidade de informações configura crime de falsificação de documento público, tipificado no Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição, na forma da lei.

Assinatura do Autorizador (Paciente, Responsável Legal ou Responsável pelo reconhecimento da assinatura a rogo) *, conforme documento de identificação apresentado para cadastro

Impressão digital

Identificação do responsável pelo cadastramento
(Campo destinado à Instituição)

Orientações gerais sobre o preenchimento da Declaração Autorizadora para retirada de medicamentos, na Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo (CEMAC) Juarez Barbosa

1) Este documento se destina à autorização de retirada de medicamentos **pelo paciente ou seu representante a terceiros**. Não se faz necessário o seu preenchimento quando da retirada dos medicamentos por Pai, Mãe, Irmãos, Filhos e Cônjuges, desde que devidamente cadastrados e comprovado o grau de parentesco, por meio da apresentação de documentos oficiais com foto, no ato da entrega dos medicamentos. Nesses casos, os documentos que deverão ser apresentados estão listados a seguir:

– **Para filhos e Irmãos** (maiores de 18 anos): documento de identificação¹ oficial com foto e comprovante de endereço com CEP (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

– **Para esposo (a)**: documento de identificação¹ oficial com foto e certidão de casamento OU declaração de união estável (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

– **Para Pai ou Mãe ou Responsável legal**: Verificar os documentos listados no **item 4 letra b**. Neste caso os documentos necessários são os mesmos para pacientes maiores ou menores de idade.

2) A **inclusão ou a retirada** de representantes junto à CEMAC Juarez Barbosa é de responsabilidade do paciente e/ou de seu representante legal, mediante a apresentação de uma **nova declaração autorizadora**;

3) O(s) representante(s) assinalado(s) na Declaração deverá(ão) apresentar, no ato do recebimento do(s) medicamento(s), **a cópia da Declaração Autorizadora e seu documento de identificação¹ oficial com foto**;

4) Os campos [4], [5], [6], [7], [8] e [9] se destinam a identificar **quem está autorizando** o(s) representante(s) a retirar(em) o(s) seu(s) medicamento(s). Os seguintes documentos devem ser apresentados para cada caso:

a) **Se o paciente for maior de 18 anos:**

– **Próprio Paciente**: documento de identificação¹ oficial com foto (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

OU

– **Procuração**: Procuração + Documento de identificação oficial¹ com foto + comprovante de endereço do Procurador. (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

OU

Pacientes incapazes de gerir suas decisões { – **Curatela**: Termo de curatela + Documento de identificação oficial¹ com foto + comprovante de endereço do Curador (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

b) **Se o paciente for menor de 18 anos:**

– **Pai ou Mãe**: Documento de identificação¹ oficial com foto + Certidão de casamento ou Averbação de divórcio para confirmar a filiação (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade).

– **Responsável legal**: Documento de identificação¹ oficial com foto (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade).

E

Pacientes em situação de vulnerabilidade { – **Tutela**: Termo de tutela + Documento de identificação oficial¹ com foto + comprovante de endereço do Tutor (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);
OU
– **Guarda**: Termo de guarda + Documento de identificação oficial¹ com foto + comprovante de endereço do responsável (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

Atenção: Em casos onde o **Autorizador for incapaz de realizar sua assinatura**, este deverá inserir sua impressão digital no documento e realizar o reconhecimento da assinatura feita a **rogo² (a pedido)** em Cartório **OU** diante de um servidor público da Unidade. No caso onde a assinatura for realizada em Cartório há necessidade da presença e assinatura do rogado (pessoa que assina no lugar do incapaz).

5) Os campos [10], [11] e [12] se destinam a identificar **quem são os representantes** autorizados a retirar o(s) seu(s) medicamento(s). Os seguintes documentos devem ser apresentados para cada caso:

– Pessoa indicada pelo paciente, desde que possua maior idade (18 anos): Cada um dos autorizados/representantes deverá apresentar os seguintes documentos: Documento de identificação¹ oficial com foto e comprovante de endereço (originais e cópias quando realizado cadastro presencial na Unidade);

¹De acordo com a Lei Federal nº 12.037/2009, os documentos aceitos pela Unidade como de identificação, desde que não estejam danificados ou ilegíveis e possuam foto, são: Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação (motorista), Carteira de Trabalho, Passaporte, Carteira de Identificação funcional de natureza pública (civil ou militar) e Carteira profissional (emitida por conselhos de classe).

²Assinatura a rogo é aquela onde outra pessoa assina em seu lugar, devido a sua incapacidade de realizar a assinatura.