**PROCURAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS PARA O TRATAMENTO HIV OU PROFILAXIA AO HIV**

**(jan/2022)**

Outorgante (paciente/usuário SUS)

nome do representado, nacionalidade, estado civil, profissão, CPF: , residente e domiciliado

Outorgado (representante legal)

nome do representante, nacionalidade, estado civil, profissão, CPF., residente e domiciliado Poderes

Por meio do presente instrumento de procuração, o Outorgante confere ao Outorgado poderes para retirar os medicamentos antirretrovirais para o tratamento HIV ou profilaxia ao HIV nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos ou serviços de saúde HIV

*Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição, laudo, atestado médico ou Formulário de Solicitação de Medicamentos, mediante a apresentação dos seguintes documentos:*

***I - do beneficiário titular da prescrição:*** *documento oficial com foto e CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF, salvo menor de idade, que permite a apresentação da certidão de nascimento ou registro geral (RG); e*

***II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, a responsabilidade pela efetivação da retirada do medicamento:*** *documento oficial com foto e CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF;”*

Cidade / Estado, dia de mês 202\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do representado/outorgante