



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**DECLARAÇÃO DE CAPACITAÇÃO PARA PERFIL AUTORIZADOR  
SISMEDEX/CEAF/SC**

Eu, \_\_\_\_\_, CRF/SC \_\_\_\_\_,  
farmacêutico(a) responsável pela Unidade de Assistência Farmacêutica  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que capacitei o  
farmacêutico(a) \_\_\_\_\_ CRF/SC \_\_\_\_\_  
da Unidade de Assistência Farmacêutica \_\_\_\_\_ para o  
gerenciamento da execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF por  
meio da ferramenta SISMEDEX e em especial a funcionalidade de autorização de APAC.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
(Local) (Dia) (Mês) (Ano)

\_\_\_\_\_  
(Farmacêutico(a) responsável pela capacitação)

\_\_\_\_\_  
(Farmacêutico(a) capacitado(a))

Ciente: \_\_\_\_\_

(Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIAF)

GEAAF Abr/2023