



Anexo I

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____ Órgão emissor _____ e CPF nº _____,
residente e domiciliado(a) em (endereço) _____,
nº _____, Complemento _____, na cidade de _____,

Estado de Santa Catarina, declaro, **SOB AS PENAS DA LEI**, para a solicitação de medicamento(s), no âmbito do Sistema Único de Saúde, que resido no endereço acima mencionado.

Declaro ainda que esta informação é verdadeira e corresponde ao meu local de residência atual.

(cidade) _____, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano) _____.

(Assinatura do paciente ou responsável legal)

ATENÇÃO:

- Esta declaração é de uso exclusivo para apresentação de comprovante de residência com dados anonimizados, quando não houver a possibilidade de apresentação de comprovante de residência com os dados pessoais aparentes.

- **Anexar cópia do comprovante de residência anonimizado.**