



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



**DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE  
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 e C5)**

Eu \_\_\_\_\_, inscrito sob CRM nº \_\_\_\_\_, declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensado via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica poderá conter quantidade para o tratamento correspondente a até 06 (seis) meses de tratamento, em conformidade com o descrito no *Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME)* e, conforme previsto no Art. nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

Patologia: \_\_\_\_\_

CID – 10: \_\_\_\_\_

Medicamento (nome genérico): \_\_\_\_\_

Posologia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico

\_\_\_\_\_  
Local e data