



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



**DECLARAÇÃO AUTORIZADORA PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CEAF**

Pelo presente instrumento particular de autorização eu, _____
_____, identidade nº _____,
órgão emissor/UF _____ residente e domiciliado à _____
_____ na cidade de _____/SC,
responsável por _____
venho através da presente, autorizar:

Nome: _____, RG nº _____,
CPF nº _____, telefone(s): _____;

Nome: _____, RG nº _____,
CPF nº _____, telefone(s): _____;

Nome: _____, RG nº _____,
CPF nº _____, telefone(s): _____;

a retirar em meu nome o(s) medicamento(s) fornecido(s) pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de Santa Catarina (CEAF/SC).

Afirmo, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica descrito no Artigo 299 do Código Penal, que a presente declaração é verdadeira e que o medicamento a ser retirado será destinado para meu uso exclusivo, nos termos da autorização dada pelo CEAF/SC.

_____ / _____ / _____

Assinatura do paciente ou responsável

Art. 299 -...Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.