



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



DECLARAÇÃO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF) PARA ATENDIMENTO DE FORMA TEMPORÁRIA AOS PACIENTES PROVENIENTES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

NOTA INFORMATIVA nº 6/2024-CGCEAF/DAF/SECTICS/MS

Pelo presente instrumento particular eu, _____, identidade nº _____, órgão emissor/UF _____ CPF nº _____, CNS nº _____, residente e domiciliado em _____, na cidade de _____/RS, venho por meio da presente declaração solicitar a dispensação do(s) medicamento(s), em razão de situação de calamidade pública que atinge o estado do Rio Grande Sul.

Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.
Medicamento: _____, dose _____ e quantidade _____.

Declaro estar ciente de que a partir do momento da dispensação do(s) medicamento(s), sou inteiramente responsável quanto a conservação do(s) medicamento(s) sob minha guarda.

Afirmo, ainda, 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

_____/_____/_____
Local e Data

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.

ANEXAR CÓPIA DO RG, CPF E CNS, SE POSSÍVEL