



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



**DECLARAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE DISPENSAÇÃO ANTECIPADA DE MEDICAMENTOS
DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEA**

Pelo presente instrumento particular eu, _____,
_____, CPF nº _____,
responsável pelo paciente _____, CPF nº _____,
venho por meio da presente, solicitar antecipação do(s) medicamento(s) _____

para os meses de (indicar quantidade de meses, mês de início e término) _____
_____, em razão de _____

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, não cabendo reposição por parte do estado em casos de extravios ou perdas por má conservação.

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 CEA/SC.

Declaração Médica:

Eu, _____ declaro ser responsável pelo tratamento do paciente abaixo assinado e estou ciente de que o(s) medicamento(s) solicitados estarão em posse do mesmo. Declaro, ainda, não haver intenção de mudança da terapia pelo tempo de solicitação de antecipação.

Assinatura do Médico/ CRM

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.