



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIRETORIA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA  
GERÊNCIA TÉCNICA



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

Pelo presente instrumento particular de revogação eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_,  
órgão emissor/UF \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_/SC,  
responsável por \_\_\_\_\_  
venho através da presente, revogar a autorização dada a:

Nome: \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, telefone(s): \_\_\_\_\_;  
data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; residente e domiciliado à \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_/SC,  
telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,

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.**