



Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de autorização eu,, identidade nº....., órgão emissor/UF..... residente e domiciliado á....., na cidade de...../SC, venho através da presente, autorizar....., identidade nº....., órgão emissor/UF....., 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 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 no CEAF/SC.

.....,.....de.....de.....
(Local/data)

Assinatura do paciente

OBS.: Anexar cópia da identidade do autorizado.

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: