



**DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO
DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE
ESPECIAL (Listas C1 e C5) ATRAVÉS DO
CEAF/DIAF/SUVS/SES/SC**



Eu _____, inscrito sob CRM nº _____, declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensado via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica contém quantidade para o tratamento correspondente a 03 (três) meses, conforme previsto no Art nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.

DADOS DO PACIENTE:

Paciente: _____

CNS nº _____

Medicamento (nome genérico): _____

Posologia: _____

Patologia: _____

CID – 10: _____

Assinatura e carimbo médico

Local e data