



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



**DECLARAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CEAF**

Pelo presente instrumento particular eu, \_\_\_\_\_,  
identidade nº \_\_\_\_\_, órgão emissor/UF \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado á \_\_\_\_\_  
na cidade de \_\_\_\_\_/SC,  
responsável por \_\_\_\_\_, declaro que retirei  
na data de hoje \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da Unidade de Assistência Farmacêutica  
\_\_\_\_\_, todos os documentos que aqui haviam sido  
entregues referentes a solicitação de medicamentos pelo Componente Especializado da Assistência  
Farmacêutica.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável legal

\_\_\_\_\_  
Responsável pela entrega dos documentos

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local e Data