



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



**DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 e C5)**

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 poderá conter quantidade para o tratamento correspondente a até 06 (seis) meses de tratamento, em conformidade com o descrito no *Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME)* e, conforme previsto no Art. nº 60 da Portaria SVS/MS nº 344/98.

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____

CNS nº: _____

Patologia: _____

CID – 10: _____

Medicamento (nome genérico): _____

Posologia: _____

Assinatura e carimbo médico

Local e data