



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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR MEIO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CEAF

Eu (terceiro), _____,
portador (a) do CPF _____ e RG _____, declaro que (nome do
solcitante) _____,
portador de CNS _____ e CPF _____ reside no endereço constante no
comprovante de residência apresentado, situado à rua _____
nº _____, bairro _____, complemento _____,
cidade _____, CEP _____,

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das informações aqui
prestadas.

Assinatura do Declarante

_____/_____/_____
Local e Data

*** Anexar comprovante de residência em nome de terceiro.**

Código Penal - 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.