



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA
GERÊNCIA TÉCNICA



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

Eu _____, CRM nº _____,
declaro que, por se tratar de medicamento de uso contínuo dispensado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a prescrição médica contém quantidade para o tratamento correspondente a 03 (três) meses, conforme previsto no Artigo 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