

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde

Diretoria de Assistência Farmacêutica

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

Declaração de Residência para solicitação de medicamentos de terceiros por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

Eu (proprietário residencial), _____,
portador (a) do CPF nº _____ ou Identidade nº _____ declaro
que (nome do(a) paciente) _____,
portador do Cartão SUS nº _____ e CPF nº _____ reside
no endereço constante no comprovante de residência apresentado*.

Declaro estar ciente das informações aqui prestadas e que são verdadeiras, dato e assino o presente documento.

Local: (Cidade) _____ Data: ____/____/____

Assinatura do declarante

*** Anexar comprovante de residência em nome do declarante (conta de luz, água, etc).**

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.