



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Secretaria Executiva de Gestão Administrativa
Subsecretaria de Logística em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

DECLARAÇÃO DE NÃO GRAVIDEZ PARA MULHERES ACIMA DE 49 ANOS DE IDADE

Eu, _____,

portador do documento de identidade nº _____ SSP-_____,

declaro para fins de cadastro junto à SES/SEGEA/SULOG/DIASF/GCEAF que não tenho risco de engravidar devido à:

☐ Estar no período de pós menopausa;

☐ Ter realizado laqueadura cirúrgica;

☐ Ter realizado histerectomia;

☐ Outros: _____.

Brasília, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do **paciente ou responsável**