



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Gerente do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declaro para os devidos fins de comprovação de endereço, como requisito para o cadastramento junto ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, que eu

nascido(a) em ____/____/____ portador(a) do RG: _____

órgão expedidor/UF: _____ e do CPF: _____

moro no _____,

CEP: _____ cidade: _____ UF: _____.

Assumo as responsabilidades pela veracidade das informações aqui prestadas sob pena de não fornecimento de medicamento neste componente, tendo pleno conhecimento do crime de falsidade ideológica previsto no art. 299 do Código Penal* e as penas da lei 7115/83**, e por ser verdade firmo a presente declaração.

** Art. 299 do Código Penal: "omitir em documento público ou particular declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa de que deveria ser escrita com fim de prejudicar direito de criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. "PENA" reclusão de um a cinco anos".*

***Art. 2º da lei 7115/83: "Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável".*

Brasília, ____ de ____ de ____ .

Assinatura do Paciente ou Responsável