

ANEXO I

**DECLARAÇÃO DE PERDA DE MEDICAMENTO/TERAPIA NUTRICIONAL EM  
FUNÇÃO DO CICLONE QUE ATINGIU O ESTADO DO RS NO DIA 16/06/2023**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do CPF  
\_\_\_\_\_ e Carteira de Identidade nº: \_\_\_\_\_ expedida pelo  
\_\_\_\_\_, Residente no município \_\_\_\_\_, DECLARO para os  
devidos fins, sob as penas da Lei, a perda do(s) medicamento(s) e/ou terapia(s) nutricional(is) citado(s)  
abaixo:

---

---

---

---

Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

*“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, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. ”*

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

assinatura do requerente

ANEXO II

**MODELO DE REGISTRO MANUAL DE DISPENSAÇÃO**

**PARA USO EM CASO DE REPOSIÇÃO POR PERDA DE TRATAMENTO EM FUNÇÃO  
DO CICLONE QUE ATINGIU O ESTADO DO RS NO DIA 16/06/2023**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
<b>RECIBO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS/ESPECIALIZADOS/TERAPIAS NUTRICIONAIS</b>			
Nome:			
Município:			
CPF:			
Cartão SUS:			
Recebi o(s) medicamento(s) abaixo relacionado(s):			
Medicamento	Código AME	Lote e validade	Quantidade
Assinatura Farmacêutico/Atendente:			Data / /
Assinatura Paciente:			Data / /