

## DECLARAÇÃO

### FARMÁCIA HOSPITALAR

Eu: \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_  
e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável Técnico pelo Estabelecimento e/ou Unidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
sob o CNPJ nº \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que os Livros de Registro de Medicamentos sob Controle da Portaria nº 344/1998 – SVS/MS e suas atualizações, estão com as escriturações atualizadas e de acordo com o estoque físico disponível.

Assumo responsabilidade pelas informações prestadas e ciência de que declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita é crime, de acordo com o artigo 299 do Código Penal, e que o não cumprimento, na íntegra, do estabelecido na Portaria nº 344/1998 – SVS/MS e suas atualizações, pode ser enquadrado como Crime por Tráfico de Drogas, conforme art. 33 e 66 da Lei Federal do SISNAD nº 11.343/2006.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome Completo

CRF/GO nº \_\_\_\_\_