

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL ATENDIMENTO EXCEPCIONAL –
SITUAÇÃO DE CALAMIDADE PÚBLICA**

Declaração de Ausência de Documentação para Dispensação de Medicamentos

Eu, abaixo identificado(a), declaro para fins de obtenção de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) que, em razão da situação de calamidade pública reconhecida oficialmente em meu município, encontro-me impossibilitado(a) de apresentar, neste momento, a documentação obrigatória exigida para dispensação de medicamentos, conforme previsto na regulamentação do programa.

Declaro estar ciente de que esta dispensação ocorre em caráter excepcional e temporário, nos termos da Portaria **GM COAPO nº 10.298**, de **28 de fevereiro de 2026**, comprometendo-me a apresentar a documentação necessária posteriormente, caso solicitado pelos órgãos competentes.

Dados do Paciente

- Nome completo: _____
- CPF (se souber): _____
- Data de nascimento: ____ / ____ / ____
- Município: _____
- Telefone para contato: _____

Dados da Dispensação

- Data do atendimento: ____ / ____ / ____
- Farmácia credenciada: _____
- Nº da dispensação / cupom vinculado: _____

Declaração do Farmacêutico

Declaro que o atendimento foi realizado conforme autorização excepcional prevista para municípios em situação de calamidade pública, sendo fornecida a presente declaração em substituição temporária à documentação obrigatória.

Nome do Farmacêutico Responsável: _____

CRF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Assinatura: _____