

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE PERDA DE DOCUMENTOS

Eu, _____,
residente à _____,
Cidade _____, UF _____, CEP: _____ - _____, CPF
nº _____, RG nº _____, Órgão Expedidor _____,
declaro, para fins de provas junto à Coordenação-Geral do Programa Farmácia Popular,
que perdi a seguinte documentação em decorrência da calamidade pública no Estado
do Rio Grande do Sul:

- Documento de identificação pessoal com foto e que conste o nº do CPF
 Receita Médica

Declaro, também, que utilizo os seguintes medicamentos:

Assinale	MEDICAMENTO	POSOLOGIA (Ex.: 2 comprimidos ao dia)	Assinale	MEDICAMENTO	POSOLOGIA (Ex.: 2 comprimidos ao dia)
	Atenolol 25 mg			Dipropionato de beclometasona 200 mcg	
	Besilato de anlodipino 5 mg			Dipropionato de beclometasona 250 mcg	
	Captopril 25 mg			Dipropionato de beclometasona 50 mcg	
	Cloridrato de propranolol 40 mg			Sulfato de salbutamol 100 mcg	
	Hidroclorotiazida 25 mg			Sulfato de salbutamol 5 mg	
	Losartana potássica 50 mg			Cloridrato de metformina 500mg	
	Maleato de enalapril 10 mg			Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada	
	Espironolactona 25 mg			Cloridrato de metformina 850mg	
	Furosemida 40 mg			Glibenclamida 5 mg	
	Succinato de metoprolol 25 mg			Insulina humana regular 100 UI/mL	
	Brometo de ipratrópio 0,02 mg			Insulina humana 100 UI/mL	
	Brometo de ipratrópio 0,25 mg				

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar
ciente de que responderei nas esferas cível, administrativa e criminal em caso
de falsidade das informações aqui prestadas.

(Cidade) _____/RS, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do declarante

Assinatura e nº de CRF do Farmacêutico