CURITIBA, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

À

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Gerência Geral de Portos, Aeroportos e Fronteiras

Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras

Posto Aeroportuário de Viracopos

**Prezado (a) Sr. (a)**

**Fiscal Sanitário**

**D E C L A R A Ç Ã O D E U S O E F I N A L I D A D E**

**PESSOA FÍSICA**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_/estado\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devidamente inscrito(a) no CPF sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho, mui respeitosamente, à presença de V. Sa., declarar que o(s) produto(s) e/ou substância(s) denominado(s) VALTELLINAMED CBD OIL FULL SPECTRUM 10% (100mg/mL) – 30mL, constante(s) no conhecimento FEDEX de Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, importado pela pessoa física supra mencionada, destinam-se a:

 Tratamento de saúde do meu filho, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos da RDC 660/2022, vide Receita Médica em anexo.

 Tratamento de saúde, nos termos da RDC 660/2022, vide Receita Médica em anexo.

Sendo o que nos reserva para o momento e, ficando à disposição para quaisquer outros esclarecimentos, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOME:

CPF: