



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

## REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE RETINÓIDES E MEDICAMENTOS A BASE DE MISOPROSTOL

Razão Social:	
Nome Fantasia:	
CNPJ:	Inscrição Municipal (IM):
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Telefone:	Email:
Farmacêutico Responsável:	
Conselho/Nº:	

Venho requerer autorização para utilização/comercialização do medicamento abaixo relacionado. Declaro estar ciente de todas as especificações e critérios contidos na Portaria nº 344/1998 do Ministério da Saúde.

Medicamento:
Finalidade do uso:
Consumo Mensal:

São José dos Pinhais, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do requerente:	
Assinatura:	Carimbo:



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

**Documentação a ser apresentada junto com o requerimento preenchido:**

- Requerimento de protocolização geral, a disposição na recepção desta Divisão e no site da prefeitura, devidamente preenchido;
- Fotocópia da Licença Sanitária do estabelecimento;
- Fotocópia do cartão do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Relação de medicamentos e respectivas quantidade, marca (s) e forma (s) de apresentação que irão ser comercializadas (preencher no modelo de requerimento);
- Fotocópia do Documento de Identidade do Responsável Técnico ou Diretor Clínico do Estabelecimento.

Data	Assinatura do Requerente