**REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCARTE DE PRODUTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

|  |
| --- |
| **1. Identificação do Estabelecimento:** |
| Razão Social: |
| Nome Fantasia: |
| CNPJ: |
| CNAE atividade principal: |
| Licença Sanitária: Validade: / / |
| AFE Nº : AE Nº: |
| Endereço: |
| Bairro: Município: Manaus CEP: |
| Fone: |
| E-mail: |
| Responsável Técnico: CPF: |
| Conselho: Nº Registro: |
| **2. Atividade comercial executada :** |
| Importação /Exportação Fabricação Distribuição Drogaria /Farmácia  **entificação do Estabelecimento** |
| Farmácia - unidade hospitalar Unidade Dispensadora de Talidomida |
| Unidade de pesquisa /Universidade Farmácia de Manipulação  **entificação do Estabelecimento** |
| Outro : |
| **3. Item da portaria 344/98 que trabalha:** |
| Insumo ou Substância Farmacêutica Granel Produto acabado |

A empresa acima qualificada, sob a Responsabilidade Técnica descrita neste documento, vem dar ciência à Vigilância Sanitária do Município de Manaus de que serão encaminhados para inutilização, a ser realizada por empresa devidamente licenciada, os medicamentos e/ou substâncias sujeitas a controle especial, que representam perdas de estoque, relacionados em lista anexa.

Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações aqui apresentadas, referentes à inutilização dos medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial da Portaria SVS/MS 344/1998, e estou ciente de que respondo civil e criminalmente por informações incorretas.

MANAUS-AM,\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO