**REQUERIMENTO PARA ENTREGA DE BALANÇOS, MAPAS E RELAÇÕES – CONTROLE ESPECIAL**

|  |
| --- |
| **1. Identificação do Estabelecimento:** |
| Razão Social:  |
| Nome Fantasia:  |
| CNPJ: |
| 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** |
| **Item da portaria 344/98 que trabalha:** |
| Insumo ou Substância Farmacêutica Granel Produto acabado  |
| **3. Demanda de entrega / tipo de documentação:**  |
| **BSPO** - **Balanço de Substâncias Psicoativas e Outras Sujeitas a Controle Especial**  |
| **BMPO** - **Balanço de Medicamentos Psicoativos e Outros** |
| **RMNRA** - **Relação Mensal de Notificações de Receita “A”** |
| **RMNRB2** **- Relação Mensal de Notificações de Receita “B2”** |
| **MTC** - **Mapa Trimestral Consolidado - Talidomida** |
| **RMV** - **Relação Mensal de Venda** |
| **3. Período de Referência : Ano de Exercício:**  |
| **Mensal Trimestral: 1 º 2 º 3 º 4 º Anual** |

A empresa acima qualificada, sob a Responsabilidade Técnica descrita, encaminha os documento anexos à Vigilância Sanitária do Município de Manaus e declara, para os devidos fins, a veracidade das informações aqui apresentadas, referentes a medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial da Portaria SVS/MS 344/1998, que tem ciência dos prazos e ainda, que responde nas esferas administrativas, civil e criminal por informações incorretas e inverídicas.

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

 ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO