**REQUERIMENTO PARA DISPENSAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RETINÓIDES**

**PESSOA JURÍDICA**

**1 - ASSINALE COM UM “X” A OPÇÃO DESEJADA:**

**( ) DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS A BASE DE SUBSTÂNCIAS RETINÓICAS DE USO SISTÊMICO (FARMÁCIAS/DROGARIAS)**

**2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

|  |
| --- |
| **NOME DA INSTITUIÇÃO/ RAZÃO SOCIAL:** |
| **CNPJ:** |
| **ESPECIALIDADE: CPF:**  |
| **NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:**  |
| **NOME DO FARMACÊUTICO:**  |
| **CPF: CRF - RJ Nº:** |
| **ENDEREÇO COMERCIAL:****N°: BAIRRO:**  |
| **CEP: TEL. COMERCIAL:** |
| **E-MAIL:** |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** **N° BAIRRO:**  |
| **CEP: TEL. COMERCIAL:** |
| **E-MAIL: TEL. CELULAR:** |

**3 - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:**

* **Petição em forma de ofício, em papel timbrado, subscrita pelo farmacêutico responsável técnico ou médico diretor clínico;**
* **Cópia da carteira de identidade profissional do responsável técnico ou do diretor clínico do estabelecimento;**
* **Cópia da Certidão de Regularidade Técnica (CRT) atualizada, do farmacêutico responsável técnico ou do diretor clínico, emitido pelo Conselho de Classe;**
* **Comprovante de vínculo empregatício/sociedade do responsável técnico ou do diretor clínico com a instituição de saúde ou com o estabelecimento farmacêutico;**
* **Cópia da Licença Sanitária atualizada ou protocolo de solicitação de Licença Sanitária;**
* **Relação dos medicamentos adquiridos, quantidade estimada (mensal) e justificativa de uso ou de dispensação/venda.**

**4 - Orientações e Informações Gerais:**

* **O requerimento preenchido e a documentação exigida deverão ser protocolados na Vigilância Sanitária Municipal – VISA-CAMPOS, situada à Rua Siqueira Campos, 108 – Centro;**
* **As PORTARIAS que autorizam a farmácia ou drogaria a comercializar medicamentos à base de substâncias Retinóides de uso sistêmico serão publicadas no Diário Oficial do Município (DOM);**
* **A entrega da PORTARIA deverá ser retirada pelo diretor clínico ou pelo farmacêutico responsável técnico ou seus representantes na VISA-CAMPOS, de segunda a sexta-feira, em horário comercial (das 8h:00 às 12h:00 e das 14h:00 às 17h:00);**
* **Para a entrega ao diretor clínico ou ao responsável técnico será necessário apresentar:: a) Protocolo com o número do processo de solicitação; b) Carteira de identidade (RG) ou carteira de identidade profissional emitida pelo Conselho de Classe;**
* **Para a entrega ao representante da instituição de saúde ou do estabelecimento farmacêutico será necessário apresentar: a) protocolo com o número do processo de solicitação; b) carteira de identidade (RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH); c) autorização elaborada pelo profissional requerente em papel timbrado, com endereço completo e telefone, contendo os seguintes dados: nome completo do representante/portador, número do RG, tipo de solicitação, data, carimbo com n° do respectivo Conselho de Classe e assinatura do diretor clínico ou do farmacêutico;**
* **Validade: A PORTARIA perderá a validade, em casos de alteração de Razão Social, endereço ou CNPJ.**

Campos dos Goytacazes, de de 20

 **Farmacêutico/Diretor Clínico**

 **(carimbo e assinatura conforme o documento de identidade profissional)**

**ANEXO II**

**À Vigilância Sanitária Municipal de Campos dos Goytacazes:**

**Requeremos o cadastramento, para a comercialização dos Retinoides Sistêmicos (relação em anexo) do estabelecimento:**

 **,**

**situada à**

**Inscrita no CNPJ nº**

**Justificativa:**

**Atenciosamente,**

**Data:\_\_\_/\_\_\_/ 20\_\_\_**

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

 **Assinatura e Carimbo do Farmacêutico**

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

 **Assinatura e Carimbo do Proprietário do Estabelecimento**

**ANEXO III**

**Relação dos medicamentos Retinoides Sistêmicos a serem comercializados pela drogaria:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Descrição do medicamento Quantidade \***

**( ) Cecnoin 10 mg Caps 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Cecnoin 20 mg Caps 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Isoface 10 mg Caps 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Isoface 20 mg Caps 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Isotretinoína 10 mg Caps 30 Genérico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Isotretinoína 20 mg Caps 30 Genérico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Neotigason 10 mg Caps 100 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Neotigason 25 mg Caps 100 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Roacutan 10 mg Caps 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Roacutan 20 mg Caps 30 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Outros (listar):**

**( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* Número de caixas estimadas por ano**

**Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/ 20\_\_\_**

**Assinatura e carimbo do Responsável Técnico**