

+Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos
Coordenação de Fiscalização de Medicamentos sob Controle Especial


**"CHEK-LIST" DE DOCUMENTOS PARA AUTORIZAÇÃO ESPECIAL
DE MEDICAMENTOS A BASE DE ISOTRETINOÍNA
Conforme Art. 124 Portaria 06/1999-SVS/MS c/c Lista C-2 Port.344/98-SVS-MS**

DROGARIA: RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ **MUNICÍPIO:** _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE DROGARIAS / FARMÁCIAS

- 1. Solicitação a SUVISA em forma de **requerimento** em duas vias contando CNPJ, Razão Social, endereço comercial,- Município-Telefones e e-mails, datado e Assinado pelo Resp. Técnico e Carimbo da Empresa.
- 2. Cópia da Identidade e CPF do Responsável Técnico.
- 3. Cópia do Alvará de Licença Sanitária - atualizado
- 4. Cópia do CNPJ - atual
- 5. Cópia da página do Diário Oficial União da publicação da **AFE** – Autorização de Funcionamento de Empresa - ANVISA- MS, atualizada, com a Atividade: **Autorização para Medicamento sujeito ao controle Especial.**
- 6. Certificado de Regularidade do Conselho da Farmácia – CRF (Empresa)

 Após o **CHEK-LIST CONFERIDO E ASSINADO** pela Coordenação de Atendimento ao Público, encaminhar a documentação acima relacionada ao CADASTRO - SUVISA, para providenciar os ITENS **7 e 8**.

- 7. Guia de Recolhimento - Retirar na Coordenação de Cadastro na SUVISA - Cópia do Comprovante de recolhimento da Taxa de Autorização Especial.
- 8. Requerimento emitido pelo Cadastro da SUVISA, assinado pelo Responsável da Drogeria / Farmácia

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____