



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS A BASE DE ISOTRETINOÍNA

Conforme Art. 124 Portaria 06/1999-SVS/MS c/c Lista C-1 Port. 344/98-SVS-MS

RAZÃO SOCIAL: _____

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - SOMENTE PARA DROGARIAS

() Requerimento, em duas vias, com endereço comercial, Município, Telefones e e-mail, assinado pelos Responsáveis Técnicos com carimbo da empresa.

() Cópia da Identidade e CPF do Responsável Técnico.

() Cópia do Alvará de Licença Sanitária do ano vigente.

() Cópia do CNPJ – atual.

() Cópia da página do Diário Oficial União da publicação da **AFE** – Autorização de Funcionamento de Empresa - ANVISA- MS mais cópia, atualizada, da AFE com a Atividade: **Autorização para Medicamento sujeito ao controle Especial.** (Retirada no site da Anvisa)

() Comprovante de registro de resp. técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de farmácia (definitivo).

Após o **CHECKLIST conferido e assinado** pelo Atendimento ao público, encaminhar a documentação acima relacionada ao CADASTRO - SUVISA, para providenciar os ITENS abaixo:

() Guia de Recolhimento - Retirar na Coordenação de Cadastro na SUVISA cópia do Comprovante de recolhimento da Taxa de Autorização Especial.

() Requerimento emitido pelo Cadastro - SUVISA , assinado pelo Responsável da Drogeria/ Farmácia

***Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos. Documentos com data de validade expirada não serão aceitos.**

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____