



Anexo
Formulário de Petição
Autorização de Funcionamento
(Farmácia/Drogaria)

01	TIPO DE PETIÇÃO	02	ASSUNTO
<input type="checkbox"/>	Autorização	<input type="checkbox"/>	Renovação
<input type="checkbox"/>	Cancelamento	<input type="checkbox"/>	Autorização de Funcionamento - AF
<input type="checkbox"/>	Alteração	<input type="checkbox"/>	Autorização Especial – AE (Portaria 344/98)

Para uso do órgão receptor

Identifique os campos alterados:

03	Nº AF/AE	04	Nº do Processo/Ano (MS)	05	N.º do Processo/Ano (SES)
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

06 RAZÃO SOCIAL

07 CNPJ

08 **ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO**

Rua / Avenida / Nº / Complemento

Bairro

Município

UF DDD Telefone DDD FAX CEP

E-mail

09 **REQUER**

	Dispensação de Medicamentos contendo Substâncias Sujeitas a Controle Especial		Atividades	Comércio		
	Classes Terapêuticas GERAL	LISTA - DESCRIÇÃO *				
		A1 - Substâncias Entorpecentes	<input type="checkbox"/>	Manipulação de Produtos Oficiais	<input type="checkbox"/>	Cosméticos
		A2 - Substâncias Entorpecentes de uso permitido em concentrações especiais	<input type="checkbox"/>	Manipulação de Produtos Magistrais	<input type="checkbox"/>	Perfumes
		A3 - Substâncias Psicotrópicas	<input type="checkbox"/>	Aplicação de Injetáveis	<input type="checkbox"/>	Produtos de Higiene
		B1 - Substâncias Psicotrópicas	<input type="checkbox"/>	Ervanário	<input type="checkbox"/>	Correlatos
		B2 - Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Dietéticos
		C1 - Outras substâncias sujeitas a controle especial				
		C2 - Substâncias Retinóicas				
		C4 - Substâncias Anti Retrovirais				
		C5 - Substâncias Anabolizantes				
	D1 - Substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicas					
<input type="checkbox"/>		Dispensação de Medicamentos não sujeitos a Controle Especial				

Observação:

- Obs: 1) Petição de Autorização, Cancelamento ou Renovação, preencher com (X).
 2) Petição de Autorização, no Campo 9, preencher com (X) os campos pertinentes.
 3) * Para o preenchimento, consulte a última atualização do anexo I – Lista de Substâncias sujeitas a controle especial da Portaria SVS/MS N.º 344/98.
 4) Petição de Alteração, preencher com (I) INCLUSÃO e/ou (E) Exclusão os campos pertinentes.
 5) Em caso de alteração do campo 9, preencher o campo Observação, indicando a alteração solicitada.

10	RESPONSÁVEL TÉCNICO
	Nome
	Profissão
11	RESPONSÁVEL LEGAL
	Nome
	CPF

DECLAÇÃO(S) SOB PENAS DA LEI, QUE TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS

Local e Data

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Responsável Técnico