ANEXO XX

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância Sanitária

BALANÇO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E OUTRAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL - BSPO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social _____

Endereço _____

C.N.P.J ___ . ___ . ___ / ____ - __ Nº da Autorização _____

Telefone: ( ) _____ Fax: ( ) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Balanço: Exercício ____ Anual ___ Trimestral ___

Referência a(s) Portaria (s) Nº ____/__ ____/__ Total de folhas utilizadas ____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Preenchido por: _____ C.R.F./Q. _____ Região _____ Data ___/___/___

Assinatura _____

IDENTIFICAÇÃO DO REPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (Uso Exclusivo da Autoridade Sanitária Local)

Recebido por: _____ R.G. _____ Órgão/Setor _____

Assinatura _____ Data ___/___/___

BALANÇO DE AQUISIÇÕES

C.N.P.J ___.___.___/____-__ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

Razão Social _____

Exercício ____ Anual ___ Trimestral: 1º___ 2º___ 3º___ 4º___

D.C.B.	NOME DA SUBSTÂNCIA	QUANTIDADE	UNIDADE DE MEDIDA	C.N.P.J.	NOME DA EMPRESA FORNECEDORA	Nº DA NOTA FISCAL	DATA DA NOTA FISCAL
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							
____.___-__							

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO _____

BALANÇO DE VENDAS

C.N.P.J ___.___.___/____-__ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

Razão Social _____

Exercício ____ Anual __ Trimestral: 1º__ 2º__ 3º__ 4º__

D.C.B.	NOME DA SUBSTÂNCIA	QUANTIDADE	UNIDADE DE MEDIDA	C.N.P.J.	NOME DA EMPRESA ADQUIRENTE	Nº DA NOTA FISCAL	DATA DA NOTA FISCAL
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							
____.__-__							

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO _____

OBSERVAÇÃO

C.N.P.J ___.___.___/____-__ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

Razão Social _____

Exercício ____ Anual ☐ Trimestral: 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO _____ Pag. __

BALANÇO COMPLETO - ENTRADA / SAÍDA

C.N.P.J ___.___.___/____-__ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

Razão Social _____

Exercício ____ Anual __ Trimestral: 1º__ 2º__ 3º__ 4º__

DCB	ESTOQUE INICIAL	IMPORTAÇÃO	PRODUÇÃO	AQUISIÇÃO	PERDAS
NOME	**VENDA**	**TRANSFORMAÇÃO**	**FAB. NÃO PSICOT.**	**FAB. PSICOT.**	**EXPORTAÇÃO**
UNIDADE DE MEDIDA	**ESTOQUE FINAL**				

DCB	ESTOQUE INICIAL	IMPORTAÇÃO	PRODUÇÃO	AQUISIÇÃO	PERDAS
NOME	**VENDA**	**TRANSFORMAÇÃO**	**FAB. NÃO PSICOT.**	**FAB. PSICOT.**	**EXPORTAÇÃO**
UNIDADE DE MEDIDA	**ESTOQUE FINAL**				

DCB	ESTOQUE INICIAL	IMPORTAÇÃO	PRODUÇÃO	AQUISIÇÃO	PERDAS
NOME	**VENDA**	**TRANSFORMAÇÃO**	**FAB. NÃO PSICOT.**	**FAB. PSICOT.**	**EXPORTAÇÃO**
UNIDADE DE MEDIDA	**ESTOQUE FINAL**				

DCB	ESTOQUE INICIAL	IMPORTAÇÃO	PRODUÇÃO	AQUISIÇÃO	PERDAS
NOME	**VENDA**	**TRANSFORMAÇÃO**	**FAB. NÃO PSICOT.**	**FAB. PSICOT.**	**EXPORTAÇÃO**
UNIDADE DE MEDIDA	**ESTOQUE FINAL**				

_____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO