


ANEXO XXIII



SECRETARIA DE SAÚDE.....  
 Autoridade Sanitária.....

**RELAÇÃO MENSAL DE VENDAS DE  
 MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL  
 ( RMV )**

INDÚSTRIA / DISTRIBUIDORA

CARIMBO DA VISA

MÊS/ANO \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome da empresa e/ou estabelecimento \_\_\_\_\_ AUT. DE FUNCIONAMENTO Nº \_\_\_\_\_

Endereço completo e telefone da empresa \_\_\_\_\_ LICENÇA DE FUNCIONAMENTO Nº \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL Nº \_\_\_\_\_

Nome e ass. do representante legal \_\_\_\_\_

Nome e ass. do responsável técnico \_\_\_\_\_ CR. Nº \_\_\_\_\_

Nº DO CÓDIGO DA DCB	DESCRIÇÃO DA DCB	NOME DO MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO CONCENTRAÇÃO	QUANTIDADE VENDIDA	Nº DO LOTE DO MEDICAMENTO	Nº DA NOTA FISCAL OU FATURA	DATA DA NOTA FISCAL OU FATURA	DATA E Nº VISTO	COMPRADOR END. COMPLETO	C.N.P.J	U.F

Pag. \_\_\_\_