



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 CEP

UF DDD Telefone DDD FAX

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"/> | | <input type="checkbox"/> Produtos de Higiene |
| | | B1 - Substâncias Psicotrópicas | <input type="checkbox"/> | Aplicação de Injetáveis | <input type="checkbox"/> Correlatos |
| | | B2 - Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Dietéticos |
| | | C1 - Outras substâncias sujeitas a controle especial | <input type="checkbox"/> | | |
| | | C2 - Substâncias Retinóicas | <input type="checkbox"/> | Ervanário | |
| | | C4 - Substâncias Anti Retrovirais | <input type="checkbox"/> | | |
| | | C5 - Substâncias Anabolizantes | <input type="checkbox"/> | | |
| | D1 - Substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicas | <input type="checkbox"/> | | | |
| <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 <input type="text"/> |
| | Profissão <input type="text"/> |
| 11 | Conselho Regional / UF / Nº Inscrição <input type="text"/> |
| | RESPONSÁVEL LEGAL |
| | Nome <input type="text"/> |
| | CPF <input type="text"/> |

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