**ANEXO IV - REQUERIMENTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO D**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Prefeitura Municipal de Cariacica  Secretaria Municipal de Saúde  Gerência de Vigilância em Saúde  Coordenação de Vigilância Sanitária | | | | | | | | | | | |
| **Este formulário deverá ser totalmente preenchido com letra de forma ou digitado.** | | | | | | | | | | | | |
| 1. **REQUERIMENTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO D:** | | | | | | | | | | | | |
| **Sequência Numérica Receituário De Medicamentos B, B2 E C2** | | | | | | | | | | | | |
| **Cadastro de prescritor(es) e ou diretor clínico** | | | | | | | | | | | | |
| **Aprovação de Balanço De Medicamentos E Substâncias De Controle Especial** | | | | | | | | | | | | |
| **Aprovação de Receitas de Medicamentos de Controle Especial de Outros Estados e as Receitas Emergenciais** | | | | | | | | | | | | |
| **Livro(s)** | | | | | | | | **Quantidade** | | | **Abertura** | **Encerramento** |
| **Entorpecentes - pertencentes às listas A1 e A2** | | | | | | | |  | | |  |  |
| **Psicotrópicos - pertencentes às listas A3, B1 e B2** | | | | | | | |  | | |  |  |
| **Medicamentos/Substâncias de Controle Especial - pertencentes às listas C1, C2, C4 e C5** | | | | | | | |  | | |  |  |
| **Substâncias da lista C3** | | | | | | | |  | | |  |  |
| **Antimicrobianos** | | | | | | | |  | | |  |  |
| 1. **DADOS DO REQUERENTE:** | | | | | | | | | | | | |
| Nome / Razão social**(\*)** | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de empresa**(\*)**:  MEI  Autônomo  ME ou EPP  Produtor Rural/Agricultor Familiar  Demais empresas: | | | | | | | | | | | | |
| CPF / CNPJ**(\*)**: | | | | | | | Inscrição Municipal**:** | | | | | |
| Endereço comercial**(\*)**: | | | | | | | | | | | | |
| Número**(\*)**: | | | Complemento**(\*)**: | | | | | | | | | |
| Bairro**(\*)**: | | | | CEP**(\*)**: | | | | | Área do estabelecimento**(\*)**: | | | |
| Endereço residencial – para pessoa física **(\*)**: | | | | | | | | | | | | |
| Número**(\*)**: | | | Complemento**(\*)**: | | | | | | | | | |
| Bairro**(\*)**: | | | | CEP**(\*)**: | | | | | | | | |
| Telefone do estabelecimento**(\*)**: | | | | | E-mail do estabelecimento**(\*)**: | | | | | | | |
| Dados do representante, SE HOUVER**(\*)**  Nome**(\*)**: | | | | | | | | | | | | |
| Telefone do representante**(\*)**: | | | | | E-mail do representante**(\*)**: | | | | | | | |
| Responsável Técnico: | | | | | | | | | | Reg. Conselho de Classe: | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
| 1. **REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:** | | | | | | | | | | | | |
| **TIPOS DE NOTIFICAÇÃO** | | | | | | **QUANTIDADE DE FOLHAS SOLICITADAS** | | | | | | |
| Numeração para a confecção de Notificação de Receita “B” (azul) | | | | | |  | | | | | | |
| Numeração para a confecção de Notificação de Receita “B2” (azul) | | | | | |  | | | | | | |
| Numeração para a confecção Notificações de Retinóides (C2) | | | | | |  | | | | | | |
| 1. **CADASTRO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PRESCRITORES PARA A REQUISIÇÃO DE SEQUÊNCIA NUMÉRICA (NUMERAÇÃO) PARA IMPRESSÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:** | | | | | | | | | | | | |
| Eu, Prescritor ou Diretor Clínico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (NOME)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  CPF n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Conselho de Classe nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  atesto a veracidade das informações prestadas por ocasião deste cadastro de prescritor junto a esta Autoridade Sanitária Competente. E, responsabilizo-me em confeccionar as notificações de receita numeradas em gráfica autorizada para esta atividade. Tenho conhecimento de que a utilização indevida das numerações obtidas é caracterizada como infração sanitária nos termos das Portarias SVS n° 344/98 e 6/1999, e da Lei Federal 11.343/06, e suas atualizações, configurada como infração sanitária e sujeita a penalização conforme a Lei Municipal 6.473/2023, e suas atualizações. Tenho ciência de que, caso haja alterações nas informações cadastrais, deverei comparecer à Autoridade Sanitária Competente para apresentar os comprovantes para reavaliação e renovação do cadastro. Quando houver a impossibilidade de comparecimento, deverei reconhecer firma da assinatura aposta. Em caso de perda, roubo ou furto de notificação de receita “B1”, “B2” (psicotrópicos) e “C2” (retinoides de uso sistêmico) da Portaria SVS/MS n.º 344/98 e de suas atualizações, deverei registrar Boletim de Ocorrência Policial – B.O. e encaminhar à Autoridade Competente.  Cariacica, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do Médico | | | | | | | | | | | | |
| Data**(\*)**:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Assinatura do Proprietário/Representante Legal (Procurador) **(\*)**: | | | | | | | | | | |
| **QUALQUER RASURA INVALIDA ESTE FORMULÁRIO.**  **CAMPOS MARCADOS COM (\*) SÃO DE PREENCHMENTO OBRIGATÓRIO.** | | | | | | | | | | | | |