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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prefeitura Municipal de CariacicaSecretaria Municipal de SaúdeGerência de Vigilância em SaúdeCoordenação 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.** |