

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS PARA
DISPENSACÃO DE RETINOIDES E MISOPROSTOL**

Base legal: Artigo 124 da Portaria 06/99 (Instrução normativa da Portaria 344/98).

1. Ficha Cadastral, modelo em anexo (Anexo I), devendo a assinatura ser igual a da Carteira do Conselho Regional, Carimbo do Responsável Técnico (RT) e Carimbo do Estabelecimento.

* O Campo cadastro nº é de preenchimento exclusivo da vigilância sanitária.

2. Petição em forma de Ofício, modelo em anexo (Anexo II), subscrita pelo Responsável Técnico com Assinatura e Carimbo do RT e do Proprietário do Estabelecimento.

Deve constar justificativa **Obrigatória** de uso ou venda, para Retinoides e Misoprostol, conforme o caso.

3. Relação de medicamentos (Anexo III), quantidades estimadas em caixas/ano, assinada e carimbada pelo Responsável Técnico;

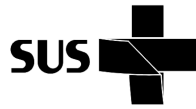
4. Cópia da Cédula de Identidade Profissional do (a) Farmacêutico (a) (Responsável técnico) para Drogeria ou Farmácia, ou do (a) Médico(a) (Diretor Clínico) para Hospitais;

5. Cópia do Alvará Sanitário atualizado;

6. Cópia da Certidão de Regularidade para Drogerias ou Farmácias e CIPJ (Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica) para Hospitais;

7. Cópia CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) do estabelecimento;

8. **Específico para Misoprostol:** Parecer da Comissão de Ética do Hospital acerca da justificativa de uso do medicamento.



Prefeitura de
BETIM

ANEXO I

FICHA CADASTRAL

*CADASTRO Nº: _____

NOME DA INSTITUIÇÃO : _____

ENDEREÇO: _____

FARMACÊUTICO: _____

ESPECIALIDADE: _____

ENDEREÇO: (Logradouro, nº, Bairro): _____

TELEFONE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

_____ CONS. REGIONAL DE _____ nº _____

END. RESPONSÁVEL TÉCNICO: (Logradouro, nº, Bairro, Cidade, UF): _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

AUTORIZAÇÃO

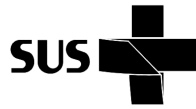
Uso de medicamentos à base de **MISOPROSTOL**, lista C da Portaria 344/98 para estabelecimentos hospitalares.

Dispensação de medicamentos de uso sistêmico à base de substâncias da lista C **RETINÓIDES** – Portaria 344/98.

Carimbo do Estabelecimento

Assinatura e Carimbo (CRF/CRM)

Autoridade Sanitária



Prefeitura de
BETIM

ANEXO II

À Vigilância Sanitária Municipal de Betim

Requeremos o cadastramento, para a comercialização dos Retinoides Sistêmicos (relação em anexo) do estabelecimento: _____

_____ ,
situada à _____

Inscrita no CNPJ nº _____

Justificativa: _____

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo do Farmacêutico

Assinatura e Carimbo do Proprietário do Estabelecimento

ANEXO III

Relação dos medicamentos Retinoides Sistêmicos a serem comercializados pela drogaria

Descrição do medicamento	Quantidade *
<input type="checkbox"/> Cecnoin 10 mg Caps 30	_____
<input type="checkbox"/> Cecnoin 20 mg Caps 30	_____
<input type="checkbox"/> Isoface 10 mg Caps 30	_____
<input type="checkbox"/> Isoface 20 mg Caps 30	_____
<input type="checkbox"/> Isotretinoína 10 mg Caps 30 Genérico	_____
<input type="checkbox"/> Isotretinoína 20 mg Caps 30 Genérico	_____
<input type="checkbox"/> Neotigason 10 mg Caps 100	_____
<input type="checkbox"/> Neotigason 25 mg Caps 100	_____
<input type="checkbox"/> Roacutan 10 mg Caps 30	_____
<input type="checkbox"/> Roacutan 20 mg Caps 30	_____
Outros (listar):	
<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____

* Número de caixas estimadas por ano

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico