



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Formulário de Petição
(Farmácia/Drogaria)

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

01 TIPO DE PETIÇÃO	02 ASSUNTO
<input type="checkbox"/> Concessão <input type="checkbox"/> Renovação <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Alteração	<input type="checkbox"/> Autorização de Funcionamento - AF <input type="checkbox"/> Autorização Especial – AE (Resolução 344)

Para uso do órgão receptor

Identifique os campos alterados:

03 N° AF/AE	04 N° 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
<input type="text"/>
07 CNPJ
<input type="text"/>

08 ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO				
Rua / Avenida / N° / Complemento				
Bairro				
Município	CEP			
UF	DDD	Telefone	DDD	FAX
E-mail				

09 REQUER

	Dispensação de Medicamentos		Atividades	Comércio
	LISTA	DESCRIÇÃO DA LISTA *		
Classes Terapêuticas GERAL	<input type="checkbox"/> A2	Substâncias Entorpecentes de uso permitido em concentrações especiais	<input type="checkbox"/> Manipulação de Produtos Oficiais	<input type="checkbox"/> Cosméticos
	<input type="checkbox"/> A3	Substâncias Psicotrópicas	<input type="checkbox"/> Manipulação de Produtos Magistrais	<input type="checkbox"/> Dietéticos
	<input type="checkbox"/> B1	Substâncias Psicotrópicas		
	<input type="checkbox"/> B2	Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas	<input type="checkbox"/> Aplicação de Injetáveis	<input type="checkbox"/> Correlatos
	<input type="checkbox"/> C1	Outras substâncias sujeitas a controle especial		
	<input type="checkbox"/> C2	Substâncias Retinóicas		
	<input type="checkbox"/> C4	Substâncias Anti Retrovirais	<input type="checkbox"/> Ervanário	<input type="checkbox"/> Produtos de Higiene
	<input type="checkbox"/> C5	Substâncias Anabolizantes		
<input type="checkbox"/> D1	Substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicas			

Observação:

Obs: Petição de concessão, preencha com (X)

Petição de alteração, preencha com (1) INCLUSÃO e/ou (E) EXCLUSÃO as atividades / classe de produto

* 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.

** Em caso de Alteração do campo 9, preencher o campo observação indicando a alteração solicitada.

10	RESPONSÁVEL TÉCNICO
	Nome
	Profissão
	Conselho Regional / UF / N° Inscrição
11	REPRESENTANTE LEGAL
	Nome
	CPF

DECLARO SOB PENAS DA LEI, QUE TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS

Local

Data

Assinatura