



Anexo
Formulário de Petição
Autorização de Funcionamento
(Farmácia/Drogaria)

Para uso do órgão receptor

01 TIPO DE PETIÇÃO	02 ASSUNTO
<input type="checkbox"/> Autorização <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 (Portaria 344/98)

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

UF DDD Telefone DDD FAX CEP

E-mail

09 REQUER

Classes Terapêuticas GERAL	Dispensação de Medicamentos contendo Substâncias Sujeitas a Controle Especial	Atividades	Comércio
		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		
	A3 - Substâncias Psicotrópicas	<input type="checkbox"/> Manipulação de Produtos Magistrais	<input type="checkbox"/> Perfumes
	B1 - Substâncias Psicotrópicas		<input type="checkbox"/> Produtos de Higiene
	B2 - Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas		
	C1 - Outras substâncias sujeitas a controle especial	<input type="checkbox"/> Aplicação de Injetáveis	<input type="checkbox"/> Correlatos
	C2 - Substâncias Retinóicas		
	C4 - Substâncias Anti Retrovirais		
	C5 - Substâncias Anabolizantes	<input type="checkbox"/> Ervanário	<input type="checkbox"/> Dietéticos
	D1 - Substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicas		

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
	Profissão
	Conselho Regional / UF / Nº Inscrição
11	REPRESENTANTE LEGAL
	Nome
	CPF

DECLARO(AMOS) SOB PENAS DA LEI, QUE TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS.

Local e Data

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Responsável Técnico