



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS A BASE DE **MISOPROSTOL**

Conforme Art. 124 Portaria 06/1999-SVS/MS c/c Lista C-1 Port. 344/98-SVS-MS

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: _____. _____. ____ / _____ - ____ MUNICÍPIO: _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - SOMENTE PARA HOSPITAIS

- Requerimento, em duas vias, com endereço comercial, Município, Telefones e e-mail, assinado pelos Responsáveis Técnicos, do Hospital e da Farmácia Hospitalar.
- Cópia da Identidade e CPF dos Responsáveis Técnicos.
- Cópia do Alvará de Licença Sanitária – da Farmácia hospitalar, e do Hospital, do ano vigente.
- Cópia do CNPJ – atual.
- Comprovante de registro de resp. técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de medicina (definitivo).
- Comprovante de registro de resp. técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de farmácia (definitivo).

Após o **CHECKLIST conferido e assinado** pelo Atendimento ao público, encaminhar a documentação acima relacionada ao CADASTRO - SUVISA, para providenciar os ITENS abaixo:

- Guia de Recolhimento - Retirar na Coordenação de Cadastro na SUVISA cópia do Comprovante de recolhimento da Taxa de Autorização Especial.
- Requerimento emitido pelo Cadastro - SUVISA , assinado pelo Responsável do Hospital.

***Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos. Documentos com data de validade expirada não serão aceitos.**

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____