

**Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos
Coordenação de Fiscalização de Medicamentos sob Controle Especial**

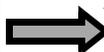
**"CHEK-LIST" DE DOCUMENTOS PARA AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE
MEDICAMENTOS A BASE DE MISOPROSTOL
Conforme Art. 124 Portaria 06/1999-SVS/MS c/c Lista C-1 Port. 344/98-SVS-MS**

DROGARIA: RAZÃO SOCIAL/FANTASIA: _____

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - SOMENTE PARA HOSPITAIS

- 1. Solicitação à SUVISA em forma de requerimento em duas vias com endereço comercial,- Município; Telefones e e-mail assinado pelos Resp.Técnicos, do Hospital e da Farmácia Hospitalar
- 2. Cópia da Identidade e CPF dos Responsáveis Técnicos.
- 3. Cópia do Alvará de Licença Sanitária – da Farmácia hospitalar, e do Hospital , atualizados
- 4. Cópia do CNPJ - atual
- 5. Certificado de Regularidade do Conselho de Medicina - CRM
- 6. Certificado de Regularidade do Conselho da Farmácia – CRF

 Após o **CHEK-LIST CONFERIDO E ASSINADO** pela Coordenação de Atendimento ao Público enviar a documentação acima relacionada ao CADASTRO - SUVISA, para providenciar os ITENS **7 e 8**.

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

CONFERIDO POR: _____

DATA: ____ / ____ / _____