

(modelo de requerimento para solicitar Isotretinoína)

## REQUERIMENTO

**EU** (nome do requerente), **CPF** (nº do CPF), **RG** (nº do RG e órgão expedidor), **farmacêutico – CRF/GO** (nº CRF), **Responsável Técnico pela drogaria/farmácia** (nome da drogaria/farmácia), **CNPJ** (nº CNPJ), **situada a** (endereço completo da Drogaria ou Farmácia), **venho mui respeitosamente à SES-SUVISA – Coordenação de Fiscalização de Comércio de Medicamentos, requerer Autorização Especial para comercializar medicamentos à base de ISOTRETINOÍNA, uso sistêmico, conforme Artigo 124 da Portaria 06/1999-SVS/MS.**

(Cidade), (dia) **de** (mês) **de** (ano).

(assinatura do responsável técnico)

-----

(nome do responsável técnico)

(nome da drogaria/farmácia)

(e-mails da drogaria/farmácia e do responsável técnico para contato)

(Telefones da drogaria/farmácia e do responsável técnico para contato)