PREFEITURA DE Guararema

VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ROL DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS
(Inutilização de medicamentos, Relação Mensal de Venda – RMV/ RMNRA, Balanço Anual – BSPO)

FORMULÁRIO Nº 77

Ao
Prefeito Municipal de Guararema

Dados do Requerente

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____, abaixo assinado, residente na
Endereço: _____, nº _____
Complemento: _____ Bairro:_____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Tel.: _____ E-mail: _____

Vem respeitosamente requerer:

ROL DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Dados do Contribuinte (empresa ou profissional autônomo)

Nome: _____
Inscrição Municipal: _____IE: _____ CNPJ:_____
Endereço: _____ nº_____
Complemento: _____ Bairro:_____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Atividades: _____

Documentos obrigatórios:
- Formulário nº 77;
- Lista dos medicamentos.

Obs.: para o Formulário de Solicitação de Atos de Vigilância Sanitária- acessar:
https://cvs.saude.sp.gov.br/formularios.asp

Guararema, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do Requerente