**REQUERIMENTO PARA DESCARTE DE MEDICAMENTOS DE MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

A empresa abaixo qualificada, sob a Responsabilidade Técnica discriminada neste documento, vem dar ciência à Vigilância Sanitária do Município de Florianópolis de que serão encaminhados para inutilização, a ser realizada por empresa devidamente licenciada, medicamentos e/ou substâncias sujeitas a controle especial que se encontram impróprios para o consumo, relacionados em lista anexa.
Responsável Técnico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRF-SC Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Razão Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Atividade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Florianópolis/SC
Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RELAÇÃO DE SUSBTÂNCIAS/MEDICAMENTOS CONTROLADOS A SEREM INUTILIZADOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Substância/medicamento** | **Fabricante** | **Quantidade** | **Apresentação** | **Lote** | **Validade** | **Motivo da inutilização** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Declaro, para os devidos fins, a veracidade das informações aqui apresentadas referentes à inutilização dos medicamentos/substâncias sob controle especial da Portaria SVS/MS 344/1998 e/ou RDC 20 de 2011.
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico

Florianópolis \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_.