

## **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS PARA DISPENSACÃO DE RETINOIDES**

Base legal: Artigo 124 da Portaria 06/99 (Instrução normativa da Portaria 344/98).

1. Ficha Cadastral, modelo em anexo (Anexo I), devendo a assinatura ser igual a da Carteira do Conselho Regional, Carimbo do Responsável Técnico (RT) e Carimbo do Estabelecimento. \* O Campo cadastro nº é de preenchimento exclusivo da vigilância sanitária.
2. Petição em forma de Ofício, modelo em anexo (Anexo II), subscrita pelo Responsável Técnico com Assinatura e Carimbo do RT e do Proprietário do Estabelecimento. Deve constar justificativa Obrigatória de uso ou venda, para Retinoides e Misoprostol, conforme o caso.
3. Relação de medicamentos (Anexo III), quantidades estimadas em caixas/ano, assinada e carimbada pelo Responsável Técnico;
4. Cópia da Cédula de Identidade Profissional do (a) Farmacêutico (a) (Responsável técnico) para Drogeria ou Farmácia, ou do (a) Médico(a) (Diretor Clínico) para Hospitais;
5. Cópia do Alvará Sanitário atualizado;
6. Cópia da Certidão de Regularidade para Drogerias ou Farmácias e CIPJ (Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica) para Hospitais;
7. Cópia CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) do estabelecimento;

Anexo I

### FICHA CADASTRAL - RETINÓDES

\*CADASTRO Nº: \_\_\_\_\_

NOME DA INSTITUIÇÃO : \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

FARMACÊUTICO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: (Logradouro, nº, Bairro): \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CONS. REGIONAL DE \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

END. RESPONSÁVEL TÉCNICO: (Logradouro, nº, Bairro, Cidade, UF): \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃO: Dispensação de medicamentos de uso sistêmico à base de substâncias da lista C  
RETINÓIDES – Portaria 344/98. Carimbo do Estabelecimento Assinatura e Carimbo (CRF/CRM)

Autoridade Sanitária



PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA  
Secretaria Municipal de Saúde  
**Serviço de Vigilância Sanitária**  
Al. do Café, 202 – Jardim Andere  
Tel: 36902204/2208  
e-mail: [vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br](mailto:vigilanciasanitaria@varginha.mg.gov.br)

Anexo II

**À Vigilância Sanitária Municipal de Varginha**

Requeremos o cadastramento, para a comercialização dos Retinoides Sistêmicos (relação em anexo) do estabelecimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
situado à \_\_\_\_\_

Inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atenciosamente, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Farmacêutico

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Proprietário do Estabelecimento

Anexo III

**Relação dos medicamentos Retinoides Sistêmicos a serem comercializados pela drogaria**

---

Descrição do medicamento - Quantidade \*

Cecnoin 10 mg Caps 30 \_\_\_\_\_  
Cecnoin 20 mg Caps 30 \_\_\_\_\_  
Isoface 10 mg Caps 30 \_\_\_\_\_  
Isoface 20 mg Caps 30 \_\_\_\_\_  
Isotretinoína 10 mg Caps 30 Genérico \_\_\_\_\_  
Isotretinoína 20 mg Caps 30 Genérico \_\_\_\_\_  
Neotigason 10 mg Caps 100 \_\_\_\_\_  
Neotigason 25 mg Caps 100 \_\_\_\_\_  
Roacutan 10 mg Caps 30 \_\_\_\_\_  
Roacutan 20 mg Caps 30 \_\_\_\_\_

Outros (listar):

\* Número de caixas estimadas por ano

---

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico