



**PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA SANITARIA**

AV. ENGENHEIRO FABIO ROBERTO BARNABÉ, 2800 – JARDIM ESPLANADA II

CEP: 13330-090 - INDAIATUBA /SP

Email: [saude.vigsanitaria@indaiatuba.sp.gov.br](mailto:saude.vigsanitaria@indaiatuba.sp.gov.br) - Fone (19) 3834-9145 / 9013



Carimbo do Estabelecimento com CNPJ e endereço

**SOLICITAÇÃO PARA INUTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS**

Indaiatuba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Eu \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ responsável

Técnico (a) pelo estabelecimento \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Atividade \_\_\_\_\_

**Venho por meio desta, solicitar a inutilização dos Produtos Regulamentados na Portaria SVS/MS 344/98 LISTADAS à seguir:**

SUBSTANCIA	MEDICAMENTO	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO	LOTE	VALIDADE	MOTIVO DA INUTILIZAÇÃO

Atenciosamente

Assinatura e Carimbo do RT