



**Secretaria Municipal da Saúde**  
Coordenação de Vigilância em Saúde  
**Gerência de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde**  
Subgerencia de Produtos de Interesse da Saúde

## **Petição para comercialização de Retinóides**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_.

A Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA.

Eu, \_\_\_\_\_ CRF número \_\_\_\_\_

Responsável pelo estabelecimento \_\_\_\_\_,

situado à \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ CNPJ N° \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Venho por meio desta solicitar cadastramento para comercialização do(s) medicamento(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Assinatura: \_\_\_\_\_

Farmacêutico Responsável: \_\_\_\_\_ CRF n° \_\_\_\_\_

Carimbo