



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

**Requerimento para Informatização de Livros**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
À COVISA – Coordenação de Vigilância em Saúde – São Paulo – Capital

Eu, \_\_\_\_\_ CRF nº \_\_\_\_\_  
responsável técnico pelo estabelecimento: \_\_\_\_\_

CNPJ nº \_\_\_\_\_, com ciência de seu responsável legal:  
CPF nº \_\_\_\_\_  
situado à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ compl. \_\_\_\_\_  
bairro: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

**Informatização de Livros:**

Solicitar autorização para informatização dos:

1. ( ) Livro de Receituário Geral;
2. ( ) Livro de Registro Específico para Antimicrobianos;
3. ( ) Livros, Mapas e Balanços para dispensação de medicamentos industrializados sujeitos a controle especial da Portaria 344/98.;
4. ( ) Livros, Mapas e Balanços de manipulação de substâncias sujeitas a controle especial da Portaria 344/98.

Declaramos que o Termo de Abertura dos livros informará a quantidade de páginas que os livros terão e que suas autenticações serão feitas periodicamente a cada:

Receituário Geral: \_\_\_\_\_ meses; Entorpecentes - Listas A1, A2: \_\_\_\_\_ meses; Psicotrópicos Listas - A3, B1 e B2 \_\_\_\_\_ meses; Medicamentos sujeitos a Controle Especial – Listas C1, C2, C4 e C5 \_\_\_\_\_ meses.

Declaramos que utilizaremos o programa: \_\_\_\_\_

Versão: \_\_\_\_\_, desenvolvido pela empresa: \_\_\_\_\_  
CNPJ n. \_\_\_\_\_ situado  
à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ compl. \_\_\_\_\_  
bairro: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
telefone: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

E o programa: \_\_\_\_\_

Versão: \_\_\_\_\_, desenvolvido pela empresa: \_\_\_\_\_  
CNPJ n. \_\_\_\_\_ situado  
à \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ compl. \_\_\_\_\_  
bairro: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
telefone: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

para escrituração dos medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial, e/ou das fórmulas manipuladas e/ou medicamentos antimicrobianos, e me responsabilizo pela garantia da integridade e segurança dos dados do programa.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos,

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura Farmacêutico  
Responsável Técnico