

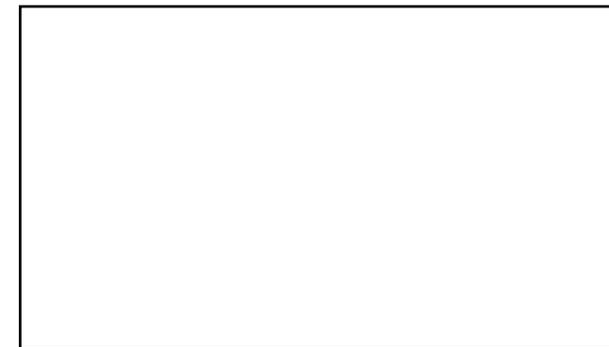


SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SOLICITAÇÃO PARA INUTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

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

A Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA



Carimbo do estabelecimento com CNPJ e endereço

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 N° 344/98 listadas a seguir:

SUBSTÂNCIAS	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO	LOTE	VALIDADE	MOTIVO DA INUTILIZAÇÃO

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Responsável Técnico