|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO PARA INFORMATIZAÇÃO DE LIVROS**Preenchimento obrigatório com letra de forma ou eletrônico e entregue em 2 vias |
| Razão Social:      | CNPJ/CPF:      |
| Nome de Fantasia:      | Insc. Estadual:      |
| Atividade Principal:      | CNAE:      |
| Licença Sanitária nº:      | [ ] Estadual | [ ] Município |
| Endereço Completo:      |
| Município:      | CEP:      |
| E-mail:      | Telefones:(  )       | (  )       |
| Proprietário/Representante Legal:      | Cargo:      | CPF:      | RG/SSP:      |
| Responsável Técnico:      | Nº / Cons. de Classe:      | CPF:      | RG/SSP:      |
| Venho requerer autorização para informatizar:

|  |
| --- |
| [ ] Livro de Registro Específico para Dispensação de medicamentos industrializados sujeitos a controle especial da Portaria 344/98 e Portaria nº 6/1999 (Art. 96 a 102); |
| [ ] Relação Mensal de Vendas e Balanços para Dispensação/Distribuição de medicamentos industrializados sujeitos a controle especial da Portaria 344/98; |
| [ ] Balanços para manipulação de medicamentos industrializados sujeitos a controle especial da Portaria 344/98. |

Neste ato, 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:

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

**Declaramos ainda que, utilizaremos os Programas descritos abaixo para escrituração dos medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial, e me responsabilizo pela garantia da integridade e segurança dos dados do programa:** |
| Programa:      | Versão:      |
| Desenvolvido pela Empresa:      | CNPJ:      |
| Localizada no endereço: (citar o endereço completo, e-mail e telefone de contato)      |
| Programa:       | Versão:      |
| Desenvolvido pela Empresa:      | CNPJ:      |
| Localizada no endereço: (citar o endereço completo, e-mail e telefone de contato)      |
| Palmas – TO,    /    /

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proprietário/Representante Legal** |  | **Responsável Técnico** |

 |

**ANEXO DO REQUERIMENTO**

**(Deve ser assinado na Vigilância Sanitária após a conferência dos documentos).**

**Informatização de Livros**

Formulário de Requerimento de Informatização de Livros assinado pelo representante legal/proprietário e responsável técnico pelo estabelecimento acompanhado das **cópias** dos documentos abaixo relacionados e na **seguinte ordem**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **DOCUMENTOS:** | **Sim** | **Não** | **N/A** |
| 1. | Comprovante de pagamento da taxa - **DARE** site: [www.sefaz.to.gov.br/dare.php](http://www.sefaz.to.gov.br/dare.php), código da receita 420. Dispensado para estabelecimentos públicos e empresas que protocolarem documento comprobatório de isenção tributária; |  |  |  |
| 2. | Folha teste do termo de abertura para cada conjunto de listas conforme divide a Portaria nº 344/1998. No campo quantitativo de folhas numeradas, substituir por um tempo determinado de escrituração (12 meses ou 24 meses); |  |  |  |
| 3. | Folha teste da movimentação de cada conjunto de listas conforme divide a Portaria nº 344/1998; |  |  |  |
| 4. | Folha teste do termo de encerramento para cada conjunto de listas conforme divide a Portaria nº 344/1998; |  |  |  |
| 5. | Procedimento Operacional Padrão para todas as atividades relacionadas ao sistema como: gerenciamento de acesso, definindo as formas de emissão, alteração e cancelamento das senhas, regras de segurança, infraestrutura do sistema, registro de falhas, registro de mudanças, manutenção do sistema, cópia de segurança, recuperação de dados, entrada e saída de produtos; |  |  |  |
| 6. | Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; |  |  |  |
| 7. | Inscrição Estadual (Empresa Privada); |  |  |  |
| 8. | Inventário dos medicamentos existentes no estabelecimento, devidamente datado e assinado pelo Responsável Técnico do estabelecimento e da Farmácia; |  |  |  |
| 9. | Assinatura do Termo de Responsabilidade Farmacêutica e Termo de Responsabilidade para Informatização de Livro, perante à Vigilância Sanitária (Duas vias); |  |  |  |
| 10. | Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO. |  |  |  |

**Obs.: Requisitos mínimos no sistema de informatização a serem observados:**

1. Possuir controle de acesso: nome do usuário e senha individual para cada usuário;
2. Realizar auto bloqueio após um determinado tempo sem utilização;
3. Registrar as correções em campo específico para manter a rastreabilidade, informando os dados anteriores, alteração efetuada, o responsável pela alteração e a data;
4. Possibilitar a geração de relatórios em formato para impressão de dados detalhados por substância ou medicamento que permita visualização do histórico completo de movimentações e estoques por períodos, em datas anteriores e atuais, acesso e correções;
5. Manter responsável para suporte do sistema na empresa ou contrato com empresa especializada pela manutenção;
6. Armazenar de forma segura os dados contra danos acidentais ou intencionais pelos prazos de arquivamento determinado legalmente.

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