**(UTILIZAR PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA SOLICITANTE)**

**(Razão Social do estabelecimento solicitante)**

**CNPJ (preencher n° CNPJ)**

**(Endereço completo do estabelecimento solicitante)**

**À Vigilância Sanitária**

Eu, (nome do farmacêutico(a) responsável ou substituto), farmacêutico(a) responsável pelo(a) (nome do estabelecimento), inscrito(a) no CRF sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho através desta, comunicar a inutilização dos produtos regulamentados na Portaria SVS/MS nº 344/1998 relacionados a seguir, pelo motivo de: (descrever o motivo).

**Relação de produtos para inutilização**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Substância** | **Nome Comercial** | **Quantidade** | **Apresentação** | **Fabricante** | **Lote** | **Validade** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Jundiaí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

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

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico