**Ao Protocolo para recepção de documentos e captura para o Sistema Eletrônico de Informações - SEI**

**Tipo de Processo:** *PRODUTO VETERINÁRIO 021: Cadastro de produto isento.*

**Especificação:** *Razão social do estabelecimento*

**Classificação:** *320.62 – PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO*

**Interessado:** *DIGITE A RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO , UF-99999-9 (informar o nº do registro do estabelecimento)*

**Destino:** Escolher um item.

**Endereço eletrônico:** *informar apenas um e-mail*

**Nº Processo anterior (se houver):** *digite o número do processo*

**Outras informações – Empresa:** *destinado a empresa para inserção de outras informações necessárias*

**FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PRODUTO ISENTO DE REGISTRO –**

**PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO**

À Superintendência Federal de Agricultura - Escolher um item.

|  |
| --- |
| **DADOS DO ESTABELECIMENTO** |
| **Nome empresarial/Nome:** |
| **CNPJ:** 99.99.999/9999-99 | |
| **Nº de Registro do estabelecimento no MAPA:** **UF-99999-9** |
| **Endereço:**  **Município/UF:** Município/UF  Vimos por meio deste apresentar as informações necessárias para o CADASTRO do produto a seguir:  ***1. Nome do produto ou marca própria (inserir o nome exato do produto, que deve coincidir com o do rótulo)***   |  | | --- | |  |   ***2. Fórmula quali-quantitativa*** *(em português e completa, incluindo excipientes, essências, conservantes, etc;*   |  | | --- | | **....................................................................................................................................................**  **....................................................................................................................................................**  **....................................................................................................................................................**  **....................................................................................................................................................**  **....................................................................................................................................................**  **....................................................................................................................................................** |   ***3. Há na fórmula algum insumo que possa ser classificado como ATIVO?***  NÃO  SIM (declarar abaixo quais INSUMOS)     |  | | --- | |  |   *Declaro possuir material comprobatório de que tais insumos não produzem ação terapêutica e que são seguros na concentração proposta, tendo como referência listas do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar o órgão regulador - ANVISA, FDA, Health Canada ou outra referência avaliada pelo MAPA****)***   |  | | --- | | ***4. Modo de usar* (espécie animal, faixa etária, finalidade, forma de aplicação e instruções de uso)** |   ***5. Modo de conservação***   |  | | --- | |  |   ***6. Apresentação*** *(peso ou volume)*   |  | | --- | |  |   ***6. Prazo de validade***   |  | | --- | |  |   ***7.Data prevista de lançamento no mercado***   |  | | --- | |  | | |
|  |

**Município / UF, em / /**

Assinatura

"Identificação e CPF do Responsável Técnico"