**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"