**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*

**REQUERIMENTO 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 Vem por meio deste requerimento solicitar de V.Sa. o CADASTRO do produto:***1. Nome comercial do produto (inserir o nome exato do produto, que deve coincidir com o do rótulo)***

|  |
| --- |
|  |

***2. Marca:***

|  |
| --- |
|  |

***4. Fórmula quali-quantitativa*** *(Obrigatório descrever excipientes, essências, conservantes, etc.)*

|  |
| --- |
| **....................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................****....................................................................................................................................................** |

***5. Há na fórmula algum insumo que pode ser classificado como ATIVO***[ ]  NÃO [ ]  SIM (declarar abaixo quais INSUMOS)

|  |
| --- |
|  |

*Caso tenha respondido SIM, anexar OBRIGATORIAMENTE, material comprobatório de que tais insumos não produzem ação terapêutica e que são seguros na concentração proposta. Usar listas de órgãos reguladores como ANVISA, FDA, Health Canada ou outra referência a ser avaliada pelo MAPA****.*** ***6. Breve descrição sobre o modo de fabricação***

|  |
| --- |
|  |

***7. Análises físico-químicas e microbiológicas previstas para controle de qualidade do produto***

|  |
| --- |
|  |

***7. Finalidade/Espécies a que se destina/Via de administração/Modo de usar***

|  |
| --- |
|  |

***8. Modo de conservação***

|  |
| --- |
|  |

***9. Apresentação*** *(Ex: frascos de 500 e 1000 ml)*

|  |
| --- |
|  |

***10.Data prevista de lançamento no mercado***

|  |
| --- |
|  |

Para tanto, apresenta ANEXOS:I – Impressos (croqui da rotulagem) contendo informações do produto de acordo com a legislação vigente e assinado pelo Responsável Técnico.II – Material Complementar (no caso de marcar “SIM” no item 5) assinado pelo Responsável Técnico. Nestes termos, pede deferimento.  |
|  |

 **Município / UF, em 26/02/2019**

Assinatura

"Identificação e CPF do Representante Legal ou Responsável Técnico"