**DECLARAÇÃO**

À

**Gerência de Farmacovigilância (GFARM/GGMON/ANVISA) e**

**Gerência de Avaliação de Segurança e Eficácia (GESEF/GGMED/ANVISA)**

A empresa abaixo identificada **declara** que os dados inseridos nos Formulários para Solicitação MIP e Planilha de Farmacovigilância para Solicitação MIP refletem fielmente as informações fornecidas nesta Petição de Solicitação de enquadramento de medicamento como isento de prescrição.

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA SOLICITANTE

Razão social:

CNPJ:

Número do telefone (com DDD):

Número do fax (com DDD):

Endereço eletrônico:

REPRESENTANTE LEGAL

Nome:

CPF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:

Profissão:

Conselho Regional de:

Inscrição:

UF:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

 **Local Data**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Responsável Técnico**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

 **Local Data**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Responsável Clínico**