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

**Tipo de Processo:** *Alimentação Animal: Autorização de fabricação IN65*

**Especificação:** *Uso de medicamento*

**Classificação:** *320.63 – PRODUTOS DESTINADOS À ALIMENTAÇÃO ANIMAL*

**Interessado:** *RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO FABRICANTE, UF 999999-9*

**Observações da Unidade:** Escolher um item.

**Endereço eletrônico:** *informar apenas um endereço eletrônico*

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

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

REQUERIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO/PRODUTO COM MEDICAMENTO – ÁREA DE ALIMENTAÇÃO ANIMAL

À Superintendência Federal de Agricultura - 

| **ESTABELECIMENTO FABRICANTE REGISTRADO NO MAPA SOB Nº: UF 9999999-9** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social:** | | | | | |
| **Nome Fantasia:** | | | | | |
| **CNPJ:** 99.99.999/9999-99 | | **Inscrição Estadual:** 999999999999 | |  | |
| **Endereço:** | | | | | |
| **CEP:** 99999-999 | | | **Município:** | | |
| **UF:** UF | **DDD:** (99) | | **Telefone:** 99999-9999 | |  |
| **COORDENADAS GEOGRÁFICAS:** | | | | | |

| **CORRESPONDÊNCIA** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço:** | | | | |
| **Bairro:** | | | **Município:** | |
| **CEP:** 99999-999 | **Caixa Postal:** 999999 | **UF:** UF | | **E-mail:** |

| **RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)** | | |
| --- | --- | --- |
| **Nome:** | | |
| **Profissão:** | | |
| ☐Engenheiro Agrônomo | ☐Médico Veterinário | ☐Zootecnista |
| ☐Químico | ☐Engenheiro Químico | ☐Farmacêutico |
| **Número de Inscrição no Conselho Profissional:** 999999999999 | | |

| **RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO (RE)** |
| --- |
| **Nome:** |

Vem **REQUERER AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTO/PREMIX/NÚCLEO/CONCENTRADO COM MEDICAMENTO na(s) seguinte(s) categoria(s).**

| **CATEGORIAS** |
| --- |

**Fabricante de:**

Rações e concentrados ☐

Suplementos, premixes e núcleos ☐

| **DECLARAÇÕES COMPLEMENTARES** |
| --- |

Pelo presente informa que:

☐ pretende manipular o medicamento

☐ adquire medicamento já incorporado à concentrados e/ou premixes e/ou núcleos

☐pretende manipular apenas medicamentos homeopáticos

| **DOCUMENTAÇÃO ANEXA** |
| --- |

Para tanto instrui o presente requerimento com o Plano de prevenção da contaminação cruzada especificando:

☐ **Procedimento de validação de limpeza de equipamentos conforme Anexo II da IN 65/2006.**

☐ **Sequência da fabricação de produtos.**

☐ **Procedimento de avaliação de eficiência da homogeneidade da mistura, conforme item 3 do Anexo II da IN 65/2006.**

*Os estabelecimentos que pretendem manipular somente o medicamento homeopático de uso veterinário ficam dispensados da apresentação dos procedimentos de validação de limpeza.*

**Nesses termos, pede deferimento.**

**Município / UF, em 15/06/2022**

Assinatura

"preencher aqui o nome do responsável técnico do estabelecimento"