



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INFORMATIZAÇÃO DE LIVRO DE ESCRITURAÇÃO

Eu, _____ CRF nº _____
responsável técnico pelo estabelecimento _____
_____ CNPJ nº _____
com ciência de seu representante legal _____
CPF nº _____ situado à _____
nº _____ bairro _____ telefone _____
e-mail _____

Solicitamos autorização para informatização dos Livros de Registro Específico para escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial e respectivos Balanços trimestrais. Os livros contemplam as listas Entorpecentes - Listas A1, A2; Psicotrópicos Listas - A3, B1 e B2 e Medicamentos sujeitos a Controle Especial – Listas C1, C2, C4 e C5.

Declaramos que utilizaremos o programa _____
Versão _____, desenvolvido pela empresa
_____ CNPJ nº _____
e o programa _____ Versão _____,
desenvolvido pela empresa _____
CNPJ nº _____, para escrituração dos medicamentos e
substâncias sujeitas a controle especial e me responsabilizo pela garantia da integridade e segurança
dos dados do programa, mantendo a atualização do mesmo, bem como realizar periodicamente
cópias de segurança dos dados.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos,

Assinatura Farmacêutico responsável técnico

Responsável Legal

Londrina, _____ de _____ de _____ .