**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1, DE 4 DE ABRIL DE 2012**

**(Publicada em DOU nº 68, de 9 de abril de 2012)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Estabelece os formulários aplicáveis aos detentores de registro de produtos para a saúde para a notificação de ações de campo à Anvisa. |

A **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 11, inciso IV, do Regulamento da Anvisa, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto nos §§ 1º e 3º do art. 54 e no inciso II do art. 55 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 28 de março de 2012, e tendo em vista a RDC n° 23, publicada em 9 de abril de 2012, que dispõe sobre a obrigatoriedade de execução e notificação de ações de campo por detentores de registro de produtos para a saúde no Brasil, adota a seguinte Instrução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Ficam aprovadas a relação de documentos de instrução e os modelos de formulários, indicados nos Anexos desta Instrução Normativa, aplicáveis aos detentores de registro de produtos para a saúde conforme a RDC n° 23, de 4 de abril de 2012.

Parágrafo único. Os modelos de formulários poderão ser atualizados pela Anvisa sempre que necessário.

Art. 2º Os modelos de formulários "Notificação de Ação de Campo" - Anexo I, "Relatório de Monitoramento de Ação de Campo" - Anexo II e "Relatório de Conclusão de Ação de Campo" - Anexo III deverão ser preenchidos pelos detentores de registro de produtos para saúde, conforme previsto na RDC n° 23, de 4 de abril de 2012, e enviados para a Unidade de Tecnovigilância - UTVIG/NUVIG/ANVISA em CD/DVD e e-mail, para os seguintes endereços: SIA Trecho 5 - Área Especial 57 - Bloco D - 1° andar - CEP: 71.205-050 Brasília-DF; e-mail: recall.utvig@anvisa.gov.br.

Art. 3º Quando necessária a anuência prévia da Anvisa para veiculação de publicidade contendo mensagem de alerta à população, conforme previsto no art. 8° da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012, os detentores de registro deverão realizar o peticionamento eletrônico no website da Anvisa utilizando o código de assunto "899" - "Anuência para Veicular Publicidade Contendo Alerta à População, no Prazo e Condições Indicadas pela Autoridade Sanitária".

§ 1° As informações necessárias para o preenchimento da solicitação de anuência prévia estão listadas na "Relação de Documentos de Instrução" correspondente ao assunto "899", que pode ser visualizada por ocasião do peticionamento eletrônico.

§ 2° As informações referentes à solicitação de anuência prévia também deverão ser enviadas para o e-mail recall.utvig@anvisa.gov.br, seguindo o prazo previsto no art. 8° da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012.

Art. 4º Todos os formulários enviados por e-mail, conforme previsto nos artigos anteriores desta Instrução, deverão ser identificados no campo "assunto" do e-mail pelo "nome da empresa" seguido do "código" ou "número da ação de campo" (Nome da empresa\_Código ou número da ação de campo).

Parágrafo único. Arquivos eletrônicos contendo informações complementares aos formulários também deverão ser enviados para o e-mail recall.utvig@anvisa.gov.br, com identificação no campo "assunto", conforme indicado no caput deste artigo.

Art. 5º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

**DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO**

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO 01: NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO DE CAMPO**

~~Este formulário deve ser utilizado pelos detentores de registro de produtos para a saúde para atender às determinações do artigo 9º da RDC XX/2012~~

Este formulário deve ser utilizado pelos detentores de registro de produtos para a saúde para atender às determinações do artigo 9° da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012. **(Retificado em DOU nº 70, de 11 de abril de 2012)**

**1. INFORMAÇÕES GERAIS**

1.1 Empresa

Dados do detentor de registro.

|  |  |
| --- | --- |
| **CNPJ** |  |
| **RAZÃO SOCIAL** |  | |
| **ENDEREÇO** |  | |
| **UF** |  | |
| **MUNICÍPIO** |  | |

1.2 Responsável pelas informações da ação de campo

Dados da pessoa responsável por apresentar informações à Anvisa a respeito da ação de campo

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** |  |
| **CARGO** |  |
| **TELEFONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

1.3 Ação de campo

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA DE INÍCIO** |  |

Considerar a data de tomada de decisão para iniciar a ação de campo como a data de início

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓGIGO/NUMERAÇÃO** |  |

Código/numeração utilizado pela empresa para identificar a ação de campo.

**2. PRODUTO**

2.1 Tipo

|\_\_\_| Equipamento

|\_\_\_| Material

|\_\_\_| Produto para diagnóstico de uso *in vitro*

2.2 Dados do produto

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** |  |
| **MODELO** |  |
| **REGISTRO/CAD** |  |
| **ASTRO** |
| **CLASSE DE RISCO** |  |

2.3 Fabricante

Caso seja fabricante do produto, o campo NOME deve ser preenchido com a Razão Social do DETENTOR DE REGISTRO. Neste caso, deixe os demais campos em branco.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME** |  | |
| **PAÍS** |  | |
| **ENDEREÇO** |  | |
| **TELEFONE/FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

2.4 Lista de lotes/séries dos produtos afetados existentes no Brasil

|  |
| --- |
|  |

2.5 Informações sobre os produtos afetados

**QUANTIDADE TOTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **EXISTENTE NO BRASIL** |  |
| **QUANTIDADE COMERCIALIZADA NO BRASIL** |  |
| **QUANTIDADE EM ESTOQUE NO BRASIL** |  |

2.6 Distribuição dos produtos afetados existentes no Brasil por UF:

Detalhe a quantidade e os números de lotes/séries dos produtos afetados por UF.

|  |  |
| --- | --- |
| LOTE/SÉRIE MUNICÍPIO | UF Nº DE UNIDADES |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

2.7 Caso a sua empresa tenha exportado para outros países o produto afetado por esta ação de campo, informar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PAÍS | LOTE/SÉRIE | Nº DE UNIDADES |

**3. AÇÃO DE CAMPO**

3.1 Classificação

|\_\_Recolhimento

| Correção em campo

|\_\_Atualização, correção ou complementação das instruções de uso

| Outra. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.1.1 Caso tenha respondido “RECOLHIMENTO” no item 3.1, informar a destinação final dos produtos recolhidos:

\_\_

|\_\_Destruição

|\_\_ Devolução para o fabricante

|Outra. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.1.2 Caso tenha respondido “CORREÇÃO EM CAMPO” no item 3.1, informar o tipo de ação:

| Atualização de software

|\_\_Correção de partes/peça

|\_\_Outra. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

~~3.2 Enquadramento da ação de campo, segundo o artigo 9º da RDC XX/2012:~~

3.2 Enquadramento da ação de campo, segundo o artigo 9° da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012: **(Retificado em DOU nº 70, de 11 de abril de 2012)**

\_\_

| Requer divulgação de mensagem de alerta em mídia de grande circulação (inciso I)

|\_\_Séria ameaça à saúde pública (inciso II)

|\_\_Risco de ocorrência de evento adverso grave (inciso III)

| Outra situação (inciso IV)

**4. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA E AVALIAÇÃO DE RISCO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA** |  |

Informe a data de identificação do problema pela sua empresa

**DESCRIÇÃO DETALHADA DO PROBLEMA**

|  |
| --- |
|  |

**CONCLUSÕES DA AVALIAÇÃO DE RISCO**

|  |
| --- |
|  |

**POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA UTILIZAÇÃO DO PRODUTO AFETADO**

|  |
| --- |
|  |

**RECOMENDAÇÃO AOS USUÁRIOS E PACIENTES**

|  |
| --- |
|  |

**5. CONDUÇÃO DA AÇÃO DE CAMPO**

**PLANO DE AÇÃO DA EMPRESA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÇÃO** | **DESCRIÇÃO** | **INÍCIO** | **FIM** | **RESPONSÁVEL** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

**6. MENSAGEM DE ALERTA**

6.1 A mensagem de alerta já foi divulgada?

|\_\_| Sim

|\_\_| Não

6.1.1 Caso tenha respondido “SIM” no item 6.1, anexar cópia ou modelo da mensagem de alerta a este formulário.

6.2 A mensagem de alerta necessita de divulgação em mídia de grande circulação?

|\_\_| Sim

|\_\_| Não

~~6.2.1 Caso preenchido “SIM” ao item 6.2, o Formulário de Anuência Prévia deverá ser enviado para a ANVISA em até 5 dias corridos a partir da decisão de realização da ação de campo, de acordo com o disposto no artigo 8º da RDC XX/2012~~.

6.2.1 Caso preenchido "SIM" ao item 6.2, o Formulário de Anuência Prévia deverá ser enviado para a ANVISA em até 5 dias corridos a partir da decisão de realização da ação de campo, de acordo com o disposto no artigo 8° da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012. **(Retificado em DOU nº 70, de 11 de abril de 2012)**

**7. OBSERVAÇÕES GERAIS**

Observação sobre a ação de campo ou a respeito do preenchimento deste formulário

|  |
| --- |
|  |

O mapa de distribuição, conforme formato abaixo, e os documentos comprobatórios da realização da ação de campo devem estar disponíveis na empresa, organizados e prontos para consulta pelo SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária) a qualquer momento.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOTE/ | QUANTIDADE | LOCALIZAÇÃO DO PRODUTO | | | | | |
| SÉRIE |  | CLIENTE/ PACIENTE | ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | TELEFONE | E-MAIL |

**Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

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

**Nome legível**

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

**Assinatura**

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO 02: RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DE AÇÃO DE CAMPO**

~~Este formulário deve ser utilizado pelos detentores de registro de produtos para a saúde para atender às determinações do artigo 10 da RDC XX/2012~~.

Este formulário deve ser utilizado pelos detentores de registro de produtos para a saúde para atender às determinações do artigo 10 da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012. **(Retificado em DOU nº 70, de 11 de abril de 2012)**

**1. INFORMAÇÕES GERAIS**

1.1 Empresa

**CNPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAZÃO SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1.2 Responsável pelas informações à ANVISA

**NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CARGO**

**TELEFONE**

**FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-MAIL**

1.3 Ação de campo

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA DE INÍCIO** |  |

Considerar a data de tomada de decisão para iniciar a ação de campo como a data de início

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓGIGO/NUMERAÇÃO** |  |

Código/numeração utilizado(s) pela empresa para identificar a ação de campo.

1.4 Dados do produto

**NOME**

**MODELO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REGISTRO/CADASTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1.5 Quantidade de relatórios de acompanhamento

já enviados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informar o número de relatórios já enviados para Anvisa, referentes a esta ação de campo

**2. RESULTADOS PARCIAIS**

2.1 Resultados parciais

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº DE PRODUTOS RECOLHIDOS OU CORRIGIDOS (1)** |  |
| **Nº DE PRODUTOS AFETADOS EXISTENTES NO BRASIL (2)** |  |
| **Nº DE PRODUTOS AFETADOS COMERCIALIZADOS NO BRASIL (3)** |  |

**3. ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

3.1 Atualização do plano de ação

Informar o andamento das ações inicialmente propostas. No campo STATUS, informar se o passo inicialmente planejado foi cumprido ou ainda está em aberto.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PASSO** | **DESCRIÇÃO DA AÇÃO** | **STATUS** | **STATUS ESTÁ DE ACORDO COM PREVISÃO?** | **JUSTIFICATIVA** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

3.2 Observações

|  |
| --- |
|  |

O mapa de distribuição, conforme formato abaixo, e os documentos comprobatórios da realização da ação de campo devem estar disponíveis na empresa, organizados e prontos para consulta pelo SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária) a qualquer momento.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOTE/ | QUANTIDADE | LOCALIZAÇÃO DO PRODUTO | | | | | |
| SÉRIE |  | CLIENTE/ PACIENTE | ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | TELEFONE | E-MAIL |

**Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

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

**Nome legível**

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

**Assinatura**

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO 03: RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DE AÇÃO DE CAMPO**

~~Este formulário deve ser utilizado pelos detentores de registro de produtos para a saúde para atender às determinações do artigo 10 da RDC XX/2012~~.

Este formulário deve ser utilizado pelos detentores de registro de produtos para a saúde para atender às determinações do artigo 10 da RDC n° 23, de 4 de abril de 2012. **(Retificado em DOU nº 70, de 11 de abril de 2012)**

**1. INFORMAÇÕES GERAIS**

1.1 Empresa

**CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAZÃO SOCIAL**

1.2 Responsável pelas informações à ANVISA

**NOME**

**CARGO TELEFONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1.3 Ação de campo

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA DE**  **INÍCIO** |  |

Considerar a data de tomada de decisão para iniciar a ação de campo como a data de início

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA DE**  **ENCERRAMENTO** |  |

Considerar a data de tomada de decisão para iniciar a ação de campo como a data de início

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO/NUMERAÇÃO** |  |

Código/numeração utilizado(s) pela empresa para identificar a ação de campo.

1.4 Dados do produto

**NOME**

**MODELO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REGISTRO/CADASTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. RESULTADO FINAL**

2.1 Resultado final

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº DE PRODUTOS RECOLHIDOS OU CORRIGIDOS (1)** |  |
| **Nº DE PRODUTOS AFETADOS EXISTENTES NO BRASIL (2)** |  |
| **Nº DE PRODUTOS AFETADOS COMERCIALIZADOS NO BRASIL (3)** |  |

**3. PLANO DE AÇÃO**

3.1 Plano de ação da empresa (última versão)

Apresentar a última versão do plano de ação.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| AÇÃO | DESCRIÇÃO | INÍCIO | FIM | RESPONSÁVEL |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

3.2 Observações

|  |
| --- |
|  |

O mapa de distribuição, conforme formato abaixo, e os documentos comprobatórios da realização da ação de campo devem estar disponíveis na empresa, organizados e prontos para consulta pelo SNVS (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária) a qualquer momento.

|  |  |
| --- | --- |
| LOTE/  SÉRIE | LOCALIZAÇÃO DO PRODUTO  QUANTIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CLIENTE/PACIENTE ENDEREÇO MUNICÍPIO UF TELEFONE E-MAIL |

**Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**

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

**Nome legível**

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

**Assinatura**